EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur DUGUET

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

Candidat à l'Académie de Médecine
Section de Pathologie médicale.

PARIS
G. STEINHEIL, Editeur
2 RUE CASIMIR DELAVIGNE

1876 - 1892.

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur DUGUET

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

[redacted]

PARIS
G. STEINHEIL, Editeur
2, RUE CASIMIR DELAVIGNE



CONCOURS

Lauréat de l'Ecole de médecine de Reims (1859 et 1860). Médailles de bronze.

Externe des Hôpitaux de Paris (1861).

Interne des Hôpitaux de Paris (1862-1865).

Lauréat des Prix de l'Internat (1865).

Docteur en médecine de la Faculté de Paris (1866).

Chef de clinique de la Faculté de médecine à l'Hôtel-Dieu de Paris, Concours de 1867 (1868-1869).

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris (section de médecine et de médecine légale), concours de 1872.

Médecin des Hôpitaux de Paris (concours de 1873).

Lauréat de la Société de Biologie (concours du prix Godard 1867. — Mention honorable).

Lauréat de la Société médico-psychologique de Paris (concours du Prix Esquirol 1863, médaille d'or).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre honoraire; ancien Secrétaire et Vice-Président de la Société Anatomique.

Membre honoraire et ancien Secrétaire de la Société de Biologie.

Membre titulaire et ancien Secrétaire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Membre des Sociétés: de Médecine [redacted] publique et d'hygiène professionnelle; médicale de Reims.

ENSEIGNEMENT

1° Suppléance du Cours de Pathologie interne a la Faculté de Médecine (Cours du professeur Axenfeld. — Semestre d'hiver 1875-1876). — Programme de la Faculté (Maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. — Leçons en partie publiées par le journal l'*Ecole de Médecine*.

2° Cours auxiliaire de Pathologie interne (semestre d'été 1880). Programme de la Faculté (*les Fièvres*).

RÉDACTIONS SCIENTIFIQUES

1° Rédaction des bulletins de la Société anatomique, avec planches, et compte-rendu général des travaux de la Société pour l'année 1867.

2° Rédaction des bulletins de la Société de Biologie pendant l'année 1868.

3° Rédaction, *pendant dix ans* (1873-1883), des bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

TRAVAUX

ET

RECHERCHES SCIENTIFIQUES

A. — TÉRATOLOGIE

1. — De la Hernie diaphragmatique congénitale (Thèse inaugurale, avec deux planches lithographiées par Léveillé. Paris, 1866.)

Conduit par l'étude d'un cas particulier, l'auteur étudie spécialement la hernie diaphragmatique de nature congénitale ou réputée telle.

Dans un premier chapitre il établit l'anatomie pathologique; c'est la partie principale du travail; dans le second il étudie l'étiologie, le mécanisme, les quelques symptômes connus, la marche et le pronostic.

La hernie diaphragmatique est très rare. Elle est ordinairement unique; elle peut être double, mais c'est l'exception. — D'une façon générale elle est moins fréquente à droite qu'à gauche, dans la proportion de 1 à 2. Si le foie protègele diaphragme à droite chez l'adulte, il ne le protège ni à droite ni à gauche chez le fœtus; il en résulte que les hernies diaphragmatiques sont plus rares à droite chez l'adulte, tandis que chez le fœtus, si les hernies congénitales sont encore plus nombreuses à gauche, celles de droite sont presque aussi fréquentes. La présence de la grosse tubérosité de l'estomac à gauche pesant sur le diaphragme peut asrêter ce dernier dans son développement, et ce fait explique, d'après M. Gerbe, le nombre un peu plus grand de hernies du côté gauche chez le fœtus.

Contrairement à la hernie non congénitale, la hernie congénitale a un siège fixe dans la partie postérieure de chaque moitié du diaphragme, et son existence sur le milieu du muscle, même au niveau des ouvertures qui donnent passage à l'aorte, à la veine-cave et à l'œsophage, est formellement démentie par l'examen des faits.

Dans la hernie congénitale, l'orifice du diaphragme résulte de l'absence d'une portion de muscle, et l'ouverture a la forme d'un *croissant* à concavité postérieure. De cette disposition il résulte que les cavités thoracique et abdominale communiquent largement ensemble, tapissées par une véritable séreuse pleuro-péritonéale commune, et séparées en avant l'une de l'autre par la portion du diaphragme qui s'étend plus ou moins d'avant en arrière pour en former deux cavités distinctes.

La hernie non congénitale, au contraire, n'a pas de siège fixe; on la trouve au milieu du muscle, tantôt près de l'œsophage, tantôt près des côtes, ici en avant, là en arrière, et l'ouverture a la forme d'une *boutonnière*. Il est plus que probable que cette variété de hernie non congénitale est une hernie par rupture.

Les plaies et les ruptures du diaphragme ne se cicatrisant pas par réunion des lèvres de la plaie; l'ouverture reste béante, à cause des mouvements incessants du muscle, qu'il y ait ou non un viscère engagé dans l'orifice accidentel.

Il peut exister des ruptures diaphragmatiques qui ne sont point immédiatement suivies de hernie des viscères, et ces ruptures, surtout celles du côté gauche, peuvent, longtemps seulement après leur cicatrisation, livrer passage aux viscères abdominaux.

Voilà pourquoi cette hernie en *boutonnière* n'a pas de siège fixe; pourquoi elle n'a pas de sac comme la hernie en croissant; pourquoi enfin elle ne se rencontre que chez l'adulte et pas du tout chez le nouveau-né, d'autant plus qu'elle a toujours lieu à gauche, et surtout chez des hommes.

Quand il y a un sac, la hernie est ordinairement graisseuse, par éraillement ou par éventration. Mais la hernie graisseuse n'est jamais congénitale; celle qui a lieu par éraillement l'est exceptionnellement; on n'en connaît que trois exemples; enfin la hernie par éventration attend encore sa démonstration. — En résumé, de toutes les hernies congénitales, la plus fréquente, celle qui est indubitable, est la *hernie sans sac en croissant*.

Les organes introduits dans la poitrine sont par ordre de fréquence : l'estomac, la rate, le côlon, l'épiploon, l'intestin grêle, le duodénum, le foie, le pancréas et le cæcum. Tous ces organes, sauf le foie, sont ordinairement réductibles.

Le déplacement de tous ces viscères amène des déformations thoracique et abdominale, et force le poumon à rester rudimentaire. La perte de substance du diaphragme tient plus que probablement à un arrêt de développement, et peut être aussi le résultat d'une aberration de lieu des fibres destinées à le combler normalement. Cruveilhier supposait à tort que l'arrêt de développement du diaphragme était le résultat de la présence des viscères abdominaux dans le thorax, car on sait que les viscères se développent dans leur cavité propre, et c'est à la faveur d'une ouverture diaphragmatique et de la flexion toujours croissante du fœtus, à mesure qu'il grandit, qu'ils s'engagent dans la poitrine.

Les symptômes de la hernie diaphragmatique congénitale sont très obscurs et encore à préciser, de même que la marche et le diagnostic.

La durée est ordinairement très courte, le pronostic de la plus haute gravité et la terminaison fatale.

La mort arrive ordinairement comme dans la submersion et peut constituer en médecine légale un cas de non-viabilité.

La division anatomique établie par l'auteur, de hernie diaphragmatique *en croissant* et *en boutonnière*, a été acceptée et reproduite depuis, dans les dictionnaires de médecine et ailleurs, par la plupart des écrivains.

« Ce mémoire, dit le professeur Robin, rapporteur de la Commission « pour le prix Godard (1866) à la Société de Biologie, est riche de docu- « ments utiles se rapportant au sujet indiqué par son titre ; ces documents « ont été rassemblés dans les annales de la science, à l'occasion d'une « observation recueillie avec soin par l'auteur, et il les a méthodique- « ment coordonnés. Aussi, cet utile travail a semblé à votre Commis- « sion, digne d'une mention honorable dans son rapport. »

2.— Rapport sur un cas de hernie diaphragmatique, présenté par M. Habran à la Société anatomique (Bull. de la Soc. anat., mai 1867, p. 347-351.)

Dans ce rapport, l'auteur fait le parallèle de l'observation ci-dessus

avec quatre autres cas, jusqu'alors les seuls connus dans la science, dans lesquels la hernie a eu lieu à un âge plus ou moins avancé et s'est faite par l'espace triangulaire post-xyphoïdien.

3. — ANOMALIES COSTALES. BIFURCATION DE LA 4me CÔTE, AVEC MUSCLE INTERCOSTAL SURNUMÉRAIRE, (Bull. de la Soc. anat., 1864, p. 135.)

L'anomalie portait sur les 4mes côtes droite et gauche; la bifurcation était incomplète à gauche, et, à droite, elle existait dans une étendue de trois centimètres environ.

Un muscle surnuméraire se voyait au niveau de la bifurcation.

4. — NOTE SUR UN CAS DE TRANSPOSITION COMPLÈTE DES VISCÈRES THORACIQUES ET ABDOMINAUX. (Communication faite à la Société de Biologie, séance du 5 février 1881 (p. 55-58). Voy. *Abeille méd.*, n° 11, 14 mars 1881.)

La malade qui fait le sujet de cette note était atteinte de mal de Pott, et en l'examinant il fut facile de constater une transposition réelle des viscères; cœur, foie, rate. La vérification fut faite à l'autopsie qui montra que *tous* les viscères *thoraciques* et *abdominaux* : poumons, cœur, œsophage, estomac, côlon, cœcum, foie, rate, étaient transposés.

La malade, du reste, comme les sujets auxquels elle ressemble, se servait de la main droite et n'avait aucune *malformation extérieure*.

Cette observation est consignée tout au long dans la thèse de L. Vallienne (Paris, 1881), intitulée : *Étude sur les Transpositions des viscères*, et inspirée par M. Duguet qui a aussi fourni au même auteur une observation inédite de : *Transposition incomplète* des viscères, mais avec *malformations extérieures* (p. 13-15).

Dans ce dernier cas, il y avait seulement ectopie du cœur, avec malformation congénitale du côté gauche du thorax, de l'avant-bras et de la main gauche. Les recherches de M. Vallienne ont confirmé l'opinion de M. Duguet sur la nature, la cause et les différences d'aspect des transpositions viscérales partielles ou totales.

B. — SYSTÈME NERVEUX.

5. — Note sur un cas d'embolie de l'artère sylvienne droite, suivie 36 heures après d'une embolie de l'artère sylvienne gauche, chez une convalescente d'un rhumatisme articulaire aigu. Mort rapide. Autopsie. (Lecture faite à la Soc. méd. des hôpitaux, séance du 28 juin 1878.)

Une malade de 68 ans est prise, dans la convalescence d'une seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu, d'une hémiplégie gauche sans apoplexie et sans aphasie. Trente-six heures après, seconde attaque avec hémiplégie droite et coma. Elle meurt, et l'on trouve une embolie dans chacune des sylviennes, et une légère endocardite auriculo-ventriculaire du côté gauche.

Un premier fait un peu exceptionnel est celui d'une embolie dans la sylvienne *droite*, alors qu'on sait que celle du côté opposé est habituelle dans les cas de ce genre. Le second fait à relever est la succession des deux embolies qui ont amené la mort en quelques heures.

Cette observation est peut-être unique en son genre.

6. — Remarques sur un cas d'atrophie de la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante du côté gauche, chez un malade mort de la fièvre typhoïde et amputé du bras droit cinq ans auparavant. (Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, séance du 10 novembre 1876.)

7. — Description d'anévrysmes miliaires trouvés dans un foyer d'hémorrhagie cérébrale. (Bull. de la Soc. anat., janvier 1868, p. 53-54.)

8. — Rapport sur un cas de tumeurs cérébrales multiples, présentées a la Société anatomique par M. Nicaise. (Bull. de la Soc. anat., juillet 1865, p. 496-505.)

9. — Cas d'atrophie avec induration (*sclérose*) du cervelet, chez une épileptique, morte d'un cancer du cœcum. (Bull. de la Soc. anat., janvier 1862, p. 9-16.)

10. — Cas de sclérose du cervelet chez une épileptique, endocardite valvulaire. (Bull. de la Soc. anat., mai 1862, p. 236-241.)

11. — Cas d'atrophie commençante du cervelet (*sclérose*) chez une femme atteinte d'épilepsie héréditaire, morte par asphyxie. (Bull. de la Soc. anat., décembre 1862, p. 469-476.)

Voilà trois observations recueillies dans le cours de la même année par l'auteur et qui lui ont permis d'étudier une lésion jusqu'alors ignorée chez des malades épileptiques. Cette « lésion du cervelet, dit M. Cornil, « que trois fois M. Duguet a constatée dans l'épilepsie, constitue une « *importante découverte anatomo-pathologique*. Ces trois faits sont « complètement identiques sous le rapport de la lésion, de son siège et « de ses symptômes ; ils semblent en outre être complètement isolés « dans la science, car jusqu'à présent les recherches faites par M. Duguet « et par moi-même pour en rencontrer de semblables dans les traités « spéciaux et dans les publications périodiques en France et à l'étranger « sont restées sans résultat. » (Extrait du rapport présenté sur ces trois « faits par M. Cornil à la Société anatomique, janvier 1863.)

12. — De l'épilepsie cérébelleuse, 1863. Mémoire manuscrit, appuyé principalement sur les trois faits ci-dessus, et couronné par la Société médico-psychologique. (Prix Esquirol.)

13. — Otite interne avec perforation du tympan, destruction du rocher ; mélanodermie ; mort par méningite. (Bull. de la Soc. anat., juin 1868.)

Observation curieuse, dans laquelle on voit une femme, qui, à la suite d'une otite interne, est prise de paralysie faciale et, bientôt après, d'accidents méningitiques qui l'emportent. Pendant la vie la malade présentait une coloration foncée, olivâtre de la peau, teinte qui s'est accentuée chaque jour jusqu'à la mort. L'autopsie permit de reconnaître l'existence d'une méningite consécutive à l'envahissement du rocher par le foyer purulent de l'oreille moyenne ; cet os était détruit. Les capsules surrénales n'étaient pas altérées.

14. — Note sur un cas d'ataxie locomotrice progressive, a forme hémiplégique, compliquée d'accès épileptiformes et traitée avec succès par le nitrate d'argent. (Union méd. 16 oct. 1862, n° 122, p. 97.)

En dehors de l'intérêt qui se rattache à cette forme excessivement rare de l'ataxie à laquelle il manque malheureusement le contrôle anatomique, le travail ci-dessus se recommande par une *découverte importante* concernant l'administration et les effets consécutifs du nitrate d'argent. Cette découverte est celle du *liséré bleu argentique.* « Après « avoir absorbé une quantité plus ou moins considérable de nitrate « d'argent, disent MM. Charcot et Ball....., le sujet présente généra- « lement un *liséré bleu foncé* au collet des dents, sur les gencives, qui « ressemble considérablement au liséré saturnin. Ce phénomène, qui a « été signalé pour la première fois par M. Duguet, alors interne à la « Salpêtrière, est d'une haute importance ; il paraît marquer l'instant où « les organes intérieurs commencent à être colorés par la formation des « dépôts métalliques ; il se produit, en général, trois mois après le « début du traitement. » (Extrait de l'article *Argent*, thérapeutique médicale, p. 71 du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

15. — Du traitement de la sciatique par les injections de chloroforme. (Bullet. de la Soc. médic. des hôpitaux, 12 juillet 1878, p. 156-157.)

C. — SYSTÈME VASCULAIRE.

14. — Rapport sur deux cas de malformation congénitale du cœur : l'un avec communication interventriculaire, arrêt de développement de l'artère pulmonaire et cyanose, présenté par M. Dugourlay p. 431 ; l'autre avec communications interventriculaire et interauriculaire, sans arrêt de développement de l'artère pulmonaire et sans cyanose, présenté par M. Thierry, p. 447. (Bull. de la Soc. anat., déc. 1886, p. 563-572.)

Dans ce rapport, l'auteur fait le parallèle des symptômes et des lésions observés dans les deux cas et arrive, après une discussion de tous les éléments de la question, à conclure que la théorie du mélange des deux sangs, soutenue par Gintrac surtout, pour expliquer la cyanose, est fausse, et que les résultats cliniques et l'autopsie prouvent d'une façon absolue qu'il faut dans le cœur ou dans les vaisseaux un obstacle au cours du sang veineux, obstacle qui dépend d'un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, lequel porte toujours sur le tronc même de ce vaisseau.

17. — Note sur un cas de rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire chez un malade mort de tuberculose généralisée. (En commun avec M. Landouzy. Présentation faite à la Soc. méd. des hôpitaux, séance du 22 novembre 1878.)

Ce fait, observé à la Charité, dans le service du professeur Hardy que

l'auteur suppléait, présente une ressemblance frappante avec ceux déjà publiés par C. Paul, Solmon, etc.

Le malade qui fait le sujet de l'observation avait eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, et, à la seconde, le cœur avait été intéressé. A la suite survinrent les accidents d'une phthisie assez rapide à laquelle il succomba. L'autopsie démontra, outre les lésions nombreuses de la tuberculose, l'existence d'un rétrécissement de l'infundibulum et surtout de l'orifice de l'artère pulmonaire. Tout démontre la nature et l'origine rhumatismales de ce rétrécissement qui *ne porte que sur l'orifice et non sur le tronc de l'artère, et est indépendant de toute malformation cardiaque*. La tuberculose des poumons, de l'intestin et de la rate, qui en fut la conséquence, s'explique par l'état d'affaiblissement général consécutif lui-même aux troubles de l'hématose causés par le retrécissement de l'orifice pulmonaire.

18. — NOTE SUR UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT ACQUIS DE L'ORIFICE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, CONSÉCUTIF A UNE ENDOCARDITE RHUMATISMALE, CHEZ UN JEUNE HOMME NON CYANOSÉ ET NON TUBERCULEUX. (Présentation du malade à la Soc. méd. des hôpitaux, séance du 28 mars 1879.)

Ce cas est vraiment exceptionnel, non pas à cause de l'existence incontestable d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire acquis et d'origine rhumatismale, car il a succédé à plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, mais en raison de l'absence de tout symptôme et de tout signe de tuberculose actuelle. Rien ne fait même présager chez le jeune homme une tuberculose prochaine.

19. — NOTE SUR UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE ARTÉRIEL PULMONAIRE, NON SUIVI DE PHTHISIE, CHEZ UNE RHUMATISANTE, AVEC HÉMIPLÉGIE FACIALE ET NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE MORTELLE (Accidents cérébraux). (Présentation faite à la Soc. méd. des hôpitaux, séance du 13 janvier 1882. — Voy. Union méd., n° 58, avril 1882.)

La malade qui fait le sujet de cette observation eut une attaque de

rhumatisme articulaire aigu à la suite de laquelle elle fut prise de palpitations sans cyanose, d'hémiplégie gauche, et elle succomba à des accidents urémiques. A l'autopsie, on trouva des lésions d'endocardite ancienne portant sur les valvules mitrale, tricuspide et pulmonaires avec rétrécissement de ces orifices.

Le fait de la présence du rétrécissement sur l'orifice et non sur le tronc même de l'artère ; l'absence de communication interventriculaire, de cyanose ; la coexistence de lésions analogues sur les autres orifices ; tout démontre que le rétrécissement pulmonaire n'est pas congénital, mais acquis et développé sous l'influence de la poussée d'endocardite rhumatismale qui a laissé des traces sur tous les orifices du cœur. Dans ce cas, comme dans le précédent, la complication de phtisie pulmonaire a fait défaut.

Ces notes et observations sont indiquées et consultées par M. Baumel dans sa thèse d'agrégation, Paris 1883 (Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, p. 43-45). M. Baumel y relève l'opinion de l'auteur sur le rôle de l'hématose incomplète rendant le malade plus apte à devenir tuberculeux, et plus bas il relève encore cette autre opinion, que les rétrécissements congénitaux portent sur le *tronc même de l'artère pulmonaire*, tandis que les rétrécissements acquis s'observent exclusivement sur *l'orifice et les valvules*. M. Baumel accepte, du reste, ces deux opinions de l'auteur.

20. — RÉTRÉCISSEMENT ET INSUFFISANCE AORTIQUES ; HYPERTROPHIE DU CŒUR AVEC DILATATION ; INSUFFISANCE SECONDAIRE DE LA VALVULE MITRALE ; DYSSYSTOLIE ; MORT SUBITE ; AUTOPSIE. (Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie, 22 mai 1869.)

Dans l'étude des affections organiques du cœur, on est frappé de l'isolement fréquent du rétrécissement et de l'insuffisance à l'orifice aortique, tandis qu'il est de règle d'observer le rétrécissement et l'insuffisance réunis sur l'orifice mitral. Ce fait est un exemple curieux de lésion double de l'orifice aortique.

21. — Note sur un cas d'endopéricardite ulcéreuse a forme typhoïde. (En commun avec M. G. Hayem. — Mémoires de la Société de Biologie, 1865.)

Un enfant de 13 ans vient à l'hôpital, se plaignant de courbature, d'abattement, et quelques heures plus tard il présente sur tout le corps une éruption bâtarde d'apparence hémorrhagique. Rapidement se développent une pneumonie double, une endopéricardite avec épistaxis, adynamie et ataxie ; il meurt au bout de quatre jours de maladie, ayant présenté des phénoméne typhoïdes.

On trouve à l'autopsie dans les principaux viscéres et surtout dans le cœur, des foyers de ramollissement avec des points détruits, ulcérés, sur l'endocarde et le péricarde. Dans le foie et les reins on relève une altération analogue à celle constatée dans les cas de fièvre typhoïde maligne ; le sang est évidemment altéré ; enfin il existe de nombreux foyers métastatiques viscéraux.

Les auteurs pensent que toutes ces lésions : myocardite, hépatite, pneumonie, néphrite, se sont rapidement produites sous l'influence d'une maladie générale. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres signalés et publiés, l'état général typhoïde grave a été le fait dominant, l'état du cœur passant à peu près inaperçu. Il s'agit donc d'une maladie générale grave, d'un état typhoïde, et la formation secondaire des infarctus par l'ulcération du cœur ne donne pas une explication complète et satisfaisante de l'ensemble de la maladie.

Les auteurs ont admis, après l'étude de ce fait si probant, cette hypothèse d'une maladie générale, hypothèse absolument démontrée vraie aujourd'hui. Du reste, si les études microscopiques et bactériologiques ont confirmé l'exactitude de cette théorie, celle-ci, à coup sûr, n'est pas nouvelle, et pouvait être soutenue rationnellement et logiquement par l'examen attentif de tous les détails cliniques et anatomiques de cette observation.

Le fait étudié a d'ailleurs servi de type absolument remarquable dans tous les travaux ou thèses qui ont paru depuis sur le même sujet :

Voir Thèse d'agrégation pour l'année 1886, de M. Martineau, intitulée : *Des endocardites*, (p. 65-73).

Voir Thèse de Paris, 1876, de M. F. Lacaussade, intitulée : *Contribution à l'étude des formes cliniques de l'endocardite ulcéreuse*, (p. 17 et 27).

Voir Thèse de Paris, 1878, de M. E. Petit, intitulée : *De la Méningite suppurée dans l'endocardite ulcéreuse* (p. 17 et p. 23-29).

22. — Étude et recherches expérimentales nouvelles sur l'anévrysme disséquant. — (En commun avec M. Ball. Bullet. de la Soc. anat., mars 1873.)

A propos d'un cas d'anévrysme disséquant présenté par M. Jules Besnier à la Société anatomique en 1873, M. Duguet rappelle les expériences qu'il a faites en commun avec M. Ball, au sujet d'un cas analogue dont les pièces ont été présentées par lui à la Société de biologie en 1867, ainsi que les aortes qui ont servi aux expériences en question.

Un homme était atteint d'anévrysme de l'aorte, et cet anévrysme avait disséqué tout le vaisseau depuis la crosse jusqu'à la naissance des iliaques, point où le sang rentrait dans le tronc principal, à l'aide d'une seconde crevasse transversale. Reprenant avec M. Ball les expériences de Peacock, nous pûmes constater que des injections d'eau, poussées dans l'épaisseur de la tunique moyenne de l'aorte, saine ou malade, partagent cette tunique en deux tuniques secondaires, d'épaisseur variable, selon le siège de l'injection. Les injections ne donnent pas de résultats quand elles sont faites entre les tuniques interne et moyenne ou bien entre la moyenne et l'externe ; les décollements ne peuvent s'opérer que dans l'épaisseur de la tunique moyenne. En allant plus loin, nous avons pu, sans sortir l'aiguille à injection de la tunique moyenne, mais en la déplaçant selon la profondeur, produire deux, trois décollements superposés et autant d'anévrismes disséquants ; nous aurions pu, en continuant, en produire encore un plus grand nombre. Le microscope nous a montré, dans les diverses parois de ces anévrismes artificiels, la présence des fibres-cellules de la tunique moyenne.

On comprend dès lors comment les anévrismes disséquants, tout en s'effectuant dans la tunique moyenne, peuvent présenter une paroi plus épaisse que l'autre, selon la profondeur à laquelle le sang aura pénétré avant d'opérer le décollement.

23. — Note sur un cas de : Lésion aortique double d'origine alcoolique, avec embolie de l'artère poplitée gauche. — Asystolie et infarctus pulmonaires par embolies. Mort. (Pièces présentées à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 janvier 1879.)

Il s'agit dans ce cas d'un homme jeune (32 ans), devenu alcoolique, chez lequel l'alcoolisme a déterminé une lésion considérable de l'orifice et des valvules sigmoïdes de l'aorte. Ces lésions de nature végétante et calcaire ont été la source d'une embolie de l'artère poplitée; cette embolie n'a pas été suivie de gangrène, grâce au développement des collatérales; mais la claudication du membre en a été la conséquence. Enfin, le cœur tombant en asystolie, la terminaison s'est faite, comme toujours, en pareil cas, par infarctus pulmonaires d'origine embolique; les caillots migrateurs récemment formés avaient pour point de départ l'oreillette droite, où le sang stagne plus volontiers dans les attaques d'asystolie.

D. — SYSTÈME RESPIRATOIRE.

23. — Note sur un cas de mort subite par Embolie pulmonaire, ayant pour origine une Thrombose iliaque due a la compression par un fibroïde utérin volumineux. (Pièces et travail présentés à la Société méd. des hôpitaux, séance du 27 octobre 1876, p. 312-319.)

24. — Note sur un cas de mort rapide par Embolies pulmonaires, survenues dans le cours d'une Thrombose déterminée par la présence d'un Myôme utérin kystique. (Pièces et travail présentés à la Société méd. des hôpitaux, séance du 14 décembre 1877, avec deux planches.)

25. — Note sur un cas de mort subite par Embolie pulmonaire, dans un cas de Kyste ovarique volumineux compliqué d'ascite. (Pièces et travail présentés à la Société méd. des hôpitaux, séance du 24 mai 1878.)

Dans ces trois cas observés successivement par l'auteur à un an d'intervalle, on voit une thrombose des veines iliaque et crurale comme dans les deux premiers, ou des veines crurales et des veines du mollet comme dans le dernier, thrombose ayant pour origine la compression exercée par les tumeurs développées dans le bassin, soit aux dépens de l'utérus soit aux dépens de l'ovaire. Cette thrombose a enfin été le point de départ d'embolies pulmonaires qui ont amené chez les malades une mort subite ou tout au moins très rapide. Enfin aucun signe quelquefois ne révèle la coagulation des veines du bassin et des membres inférieurs, qui le plus souvent sont le siège d'un gonflement notable: aussi la mort dans certains cas est-elle une surprise pour le médecin.

Ces trois faits, absolument nouveaux dans la science, ont servi de base aux travaux suivants :

a. — Thèse de Paris, 1877, par A. Ravazé, intitulée : *Étude sur l'Étiologie de l'Embolie pulmonaire*. Obs. IV, p. 25-26. Obs. V, p. 27-31.

b. — Thèse de Paris, 1878, par J.-H.-O. Guichard, intitulée : *Contribution à l'étude des Embolies pulmonaires*, avec les deux planches de la 2e note.

c. — Thèse de Paris, 1882, par Bastard, intitulée : *De la Thromboso veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'Utérus*, avec les deux planches du 2e mémoire.

26. — De l'Embolie pulmonaire comme cause de mort rapide et imprévue dans le cours de la phtisie pulmonaire. (Pièces et mémoire présentés à la Société méd. des hôpitaux, séance du 25 février 1881, avec une planche et deux figures.)

Déjà, dans la thèse du professeur Ball sur les Embolies pulmonaires, on peut voir trois observations signalant la mort imprévue par embo-

lies pulmonaires chez des phtisiques, mort imprévue soupçonnée dans ce cas, mais non démontrée, par Perroud comme devant se rattacher souvent à une embolie pulmonaire. Du reste, en dehors des faits de M. Ball, il faut signaler ceux de Cohn au nombre de huit et même celui de M. Huchard publié en 1878 dans les bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. XV, 2e série, p. 229, — qui est à tort regardé comme un cas de thrombose pulmonaire, ainsi que beaucoup d'autres qui sont renfermés dans la thèse de Lemarchand, et que cet auteur a réunis pour combattre la théorie de l'embolie pulmonaire.

Ce mémoire important démontre nettement ce genre de mort, et en outre :

1° Qu'il peut exister dans les membres inférieurs une thrombose parfaitement ignorée ;

2° Que cette thrombose peut être le point de départ d'une embolie pulmonaire mortelle.

27. — De l'Apoplexie pulmonaire. (Thèse d'agrégation, Paris, 1872.)

Dans ce travail, l'auteur cherche à établir une pathogénie nouvelle de l'apoplexie pulmonaire. La pathogénie des hémorrhagies pulmonaires pouvant se rattacher aux fièvres graves est connue et admise par tout le monde, l'auteur n'y insiste pas; c'est à propos des infarctus de Laennec qu'il met en avant la théorie des *Embolies pulmonaires*, théorie appuyée sur des preuves anatomo-pathologiques et expérimentales. Depuis lors, tous les auteurs qui ont écrit sur le même sujet ont admis les conclusions de ce travail dont voici une analyse rapide :

Dans un avant-propos, après avoir montré les différences qui existent dans les symptômes de ce qu'on appelle apoplexie pulmonaire et apoplexie cérébrale, différences aussi grandes que les fonctions des organes dans lesquels se fait l'épanchement sanguin ; après avoir montré la rareté de foyers sanguins pulmonaires avec déchirure et refoulement excentrique du parenchyme ambiant, l'auteur déclare, malgré quelques points de ressemblance tout superficiels, qu'au triple point de vue symptomatique, anatomique et pathogénique, l'hémorrhagie pulmonaire ne saurait plus être assimilée à l'hémorrhagie cérébrale. Pour ces raisons, il voudrait avec le professeur Jaccoud voir rayer définitivement du langage médical le terme : apoplexie pulmonaire.

Un second chapitre est consacré à l'historique de la question. Après avoir cité simplement les auteurs qui ont parlé de l'apoplexie pulmonaire, sans pouvoir préciser l'époque où cet accident fut signalé pour la première fois, on arrive après les noms de Martiano, Bonet, Morgagni, Haller, Allan Burns, Corvisart, Léveillé, Latour, lequel fit adopter le terme apoplexie appliqué à l'hémorrhagie pulmonaire, à celui de Galien qui explique par le transport des polypes du cœur dans l'artère pulmonaire la fréquence de la mort subite par suffocation.

Mais c'est à Laënnec que commence l'histoire vraie des hémorrhagies pulmonaires, et la description qu'il donne des infarctus hémoptoïques ne laisse rien à désirer au point de vue macroscopique. Il avait cru aussi établir une symptomatologie précise, mais si sa description anatomique est demeurée intacte, les signes donnés par lui ont été contrôlés, mis en défaut assez souvent, et c'est à Andral, Bouillaud, Cruveilhier, Gendrin qu'on doit une symptomatologie parfaite de l'apoplexie pulmonaire. Plus tard les transformations du foyer d'hémorrhagie furent étudiées par Bouillaud et par Genest ; et c'est sur la réunion de tous les documents antérieurs qu'est basé le travail de Gueneau de Mussy. Il faut signaler les faits de Louis et de Rufz établissant l'existence de l'apoplexie pulmonaire dans la fièvre jaune, et les faits d'hémorrhagie pulmonaire étudiés chez les enfants par Billard, Rilliet et Barthez, Barrier, et chez les nouveau-nés par Hervieux. Tardieu a aussi fait sur ce point d'importantes recherches médico-légales.

En Angleterre, il y a peu de travaux sur la question, tandis qu'en Allemagne on étudie, à l'aide du microscope, les lésions dans leurs plus petits détails. Les travaux de Förster, Rokitansky, Virchow qui approfondit un coin de la pathogénie en utilisant les expériences de Cruveilhier sur les injections des corps étrangers dans les veines, et ceux de Cohn et de Feltz font faire un grand pas à la question. Enfin les expériences de Longet, Bernard et B. Séquard ont démontré que des lésions nerveuses pouvaient produire des hémorrhagies dans le parenchyme pulmonaire.

Le troisième chapitre est réservé à la pathogénie.

Ce sont les vaisseaux qui seuls ont des rapports intimes avec les alvéoles pulmonaires qui sont le point de départ de l'hémorrhagie. Celle-ci est le résultat de plusieurs conditions : 1° les variations de tension ; 2° l'état du sang ; 3° l'état des vaisseaux ; 4° enfin l'action du système nerveux.

En dehors des hémorrhagies qui dépendent de l'état du sang, des variations de tension et de l'action du système nerveux, les autres variétés sont le résultat d'une oblitération vasculaire, thrombose ou embolie.

Le fait de la *thrombose* est loin d'être démontré malgré la possibilité d'altérations de structure des parois de l'artère pulmonaire. Du reste, quand il y a coagulation et lésions artérielles, il est bien difficile de désigner ce qui a été primitif; enfin la rareté des thromboses dans les artères de la périphérie doit faire supposer plus grande encore la rareté de la thrombose dans l'artère pulmonaire.

Rokitansky, Gerhardt et plus tard Niemeyer ont conclu de l'étude des faits à une obstruction vasculaire par embolie. La présence fréquente de concrétions fibrineuses dans l'oreillette droite et le ventricule droit serait, d'après eux, la preuve de ces embolies. Il suffit donc pour démontrer que l'infarctus hémoptoïque a pour origine une embolie, de faire voir qu'il coïncide avec une source d'embolies, et que le caillot rencontré dans l'artère est parti de cette source pour être transporté dans les poumons.

Viennent alors des observations, dont la plupart sont personnelles à l'auteur, et qui servent à démontrer, les unes la présence des concrétions fibrineuses dans l'oreillette droite sans infarctus hémoptoïques, les autres établissant la coïncidence des concrétions et des infarctus pulmonaires. Mais les infarctus ne sont pas seulement la conséquence d'embolies parties du cœur droit, ils peuvent être causés par des embolies venant de la périphérie; c'est ce que prouvent deux observations très instructives à cet égard. — Les thromboses du système veineux périphérique se développent lentement en prenant naissance dans les nids valvulaires, d'où le caillot peut s'échapper pour se rendre dans les poumons.

Au premier abord, il peut être difficile de trouver une différence entre un caillot embolique et un caillot de thrombose dans le cas d'infarctus, alors qu'au-dessus et au-dessous de lui se fait à la longue une coagulation qui ne permet plus d'avoir sous les yeux qu'un caillot arborescent et paraissant né sur place. Mais si l'on regarde comme dus à des embolies parties du cœur gauche les infarctus du rein et de la rate, pourquoi refuser le même rôle au cœur droit vis-à-vis du poumon? Et alors, il n'est plus nécessaire de retrouver le bloc primitif, les caractères anatomiques de l'infarctus suffisant pour en indiquer

l'origine. Enfin la coïncidence des infarctus pulmonaires et des infarctus d'autres viscères est une argumentation en faveur de la théorie, et les observations de ce genre ne manquent pas. L'expérimentation enfin fournit une preuve importante, car elle montre l'analogie entre l'infarctus hémoptoïque et l'infarctus expérimental ; ils sont tous les deux *hémorrhagiques*, et comme le second ne se produit que lorsqu'on introduit des corps étrangers dans le système veineux circulatoire, l'identité est donc absolue. Pourquoi y a-t-il hémorrhagie dans les infarctus hémoptoïques ? Rejetant l'hypothèse de la fluxion collatérale de Rokitansky et Virchow, l'auteur admet, en se basant sur l'expérience (Ranvier), que sous l'influence de l'irritation produite par les corps étrangers, il est survenu des modifications dans la paroi vasculaire. Celle-ci se laisse rompre au-dessus du point oblitéré, et le sang filtrant dans la gaine de l'artère se répand le long des branches dans tout le département vasculaire dépendant de l'artère oblitérée.

Dans le chapitre d'anatomie pathologique, l'auteur décrit les lésions d'après Laënnec et établit deux catégories : l'une comprenant les foyers sanguins par infiltration, l'autre les foyers avec déchirure du tissu pulmonaire.

Pour ce qui est des foyers sanguins par infiltration, les questions de siège, de nombre, de volume, de couleur, de forme, sont rapidement passées en revue ; plus étendue est l'étude macroscopique et microscopique des foyers qui est faite d'après ce qu'en ont dit Laënnec, Cruveilhier, Andral, Gendrin, etc., surtout pour ce qui a trait à l'aspect des infarctus sur une coupe, à leur structure et à l'état des vaisseaux et des bronches. — L'état des poumons et de la plèvre ainsi que celui des autres organes est également signalé ; puis sont décrites tout au long les nombreuses transformations des foyers d'infiltration telles que : résorption, induration pigmentée, pneumonies, suppuration et gangrène, kystes, cicatrices, etc.

Les lésions macroscopiques et microscopiques de ces foyers d'infarctus et de leurs transformations sont trop connues pour avoir à les décrire ici ; il n'y a rien de particulier non plus à signaler pour les foyers sanguins avec déchirure.

Les symtômes par lesquels s'annonce l'hémorrhagie du poumon n'ont, dans le plus grand nombre des cas, aucun caractère pathognomonique. Ni la percusssion, ni l'auscultation, encore moins l'état général ne donnent de signes certains ; seule l'hémoptysie, quand elle existe, grâce

aux caractères spéciaux qu'elle présente, permet d'affirmer l'existence de la lésion.

Dans les cas de fièvres graves elle est masquée par les symptômes de la maladie générale; quelquefois elle tue brusquement en produisant une vive dyspnée avec ou sans hémoptysie. Le plus souvent elle évolue moins rapidement et le seul signe certain est l'hémoptysie, qui est bien plus rare que ne l'a dit Laënnec, moins forte aussi qu'il ne l'a prétendu, car tous les auteurs disent au contraire qu'elle est peu abondante, que le sang est noir et ordinairement mélangé à des mucosités bronchiques. Laënnec avait confondu l'hémorrhagie pulmonaire avec l'hémorrhagie bronchique, de là l'erreur dans laquelle il est tombé. — Avec l'hémoptysie se trouvent une dyspnée plus ou moins forte, des douleurs thoraciques, et G. de Mussy a insisté sur l'odeur alliacée des crachats. S'il y a de la matité à la percussion elle résulte le plus souvent d'une complication, ordinairement un épanchement pleural; car il faudrait alors un foyer d'une grande étendue. Laënnec a insisté sur l'absence du murmure vésiculaire dans un point circonscrit et d'autre part sur la présence de râles crépitants autour de ce point limité. Ces signes manquent le plus souvent à cause de la petitesse et de la profondeur des foyers.

Il en est de même du souffle tubaire qui manque souvent aussi pour les mêmes raisons.

Il en résulte que l'hémoptysie est le seul signe certain, et que le diagnostic est impossible quand elle fait défaut.

La marche des accidents est foudroyante quelquefois, la mort arrivant presque subitement ou bien après quelques heures de souffrances et de dyspnée très violente.

Dans le cas d'infarctus hémoptoïques, la marche est lente, irrégulière, et les malades sont sujets à des récidives. Dans ce cas spécial la guérison peut se faire complètement au bout d'un temps très variable, ou bien l'on observe des symptômes de suppuration, ou de gangrène qui peuvent succéder aux premiers.

Le diagnostic est basé sur l'hémoptysie et les caractères tout spéciaux qu'elle présente quand il s'agit de l'opposer à l'hémorrhagie bronchique. — Les signes et symptômes d'un foyer de pneumonie ou de pleurésie sont trop nets pour permettre l'hésitation; il arrive plutôt que la pneumonie et la pleurésie masquent un foyer d'hémorrhagie.

Les conditions qui prédisposent aux hémorrhagies pulmonaires sont rapidement énumérées :

L'hérédité, la pléthore, la suppression d'un flux hémorrhagique, les fièvres graves, les maladies de cœur, surtout les lésions mitrales, certaines maladies du poumon (tuberculose aiguë, gangrène, kyste hydatique), les empoisonnements par l'arsenic, le tartre stibié, le phosphore, le diabète, la leucémie, le purpura, le scorbut, le sclérème des nouveau-nés ; telles sont les causes habituelles de l'apoplexie pulmonaire.

Quant aux indications thérapeutiques, elles dépendent de la nature des causes qui ont donné naissance à l'hémorrhagie pulmonaire. Est-elle active? Il faut employer de suite les grandes saignées et ensuite recourir à l'opium. Le tartre stibié a été employé à haute dose par Laënnec. Si l'hémorrhagie se produit dans le cours d'une maladie générale grave, on aura recours aux stimulants, aux astringents, aux révulsifs. Dans le cas de maladie de cœur, ce qui est le fait habituel, on peut utiliser les petites saignées répétées, la digitale, les drastiques, en même temps que les révulsifs et les toniques.

30. — BRONCHITE CHRONIQUE ET EMPHYSÈME. AORTITE DÉFORMANTE ET INSUFFISANCE AORTIQUE. ASYSTOLIE. HÉMOPTYSIES. INFARCTUS PULMONAIRES. (Bull. de la Soc. anat., juin 1874.)

Chez un homme ayant une bronchite chronique et de l'emphysème pulmonaire, souffrant en outre d'accès d'angor pectoris, conséquences d'une aortite déformante avec insuffisance aortique, apparaît tout l'ensemble des accidents d'asystolie. Pendant cette attaque d'asystolie survient de l'apoplexie pulmonaire avec tous les signes les plus nets. Le malade meurt quelques jours après.

L'autopsie a révélé l'existence d'infarctus hémoptoïques dans le poumon droit ; dans l'artère pulmonaire (gros troncs et grosses branches) on ne trouve rien ; mais dans chaque petite branche, à une petite distance du sommet des noyaux d'infarctus, on trouve un caillot sans adhérences aux parois, qui sont intactes. Ces caillots ressemblent à ceux très abondants qui existent dans les cavités cardiaques, mais surtout dans l'oreil-

lette droite et l'auricule du même côté. Ces caillots sont donc des embolies parties de l'auricule droite, et leur formation première dans ces cavités est due à l'asystolie. Fait curieux, outre l'hémoptysie spéciale, les infarctus se sont révélés pendant la vie par une matité et un souffle tubaire parfaitement appréciables.

30. — NOTE SUR UN CAS DE PNEUMOTHORAX DOUBLE. (France médicale, 1878, n° 49.)

« Le pneumothorax, dit Woillez, est habituellement simple. On ne con-
« nait que *deux faits authentiques* d'un *pneumothorax double* : celui de
« Bricheteau (Gaz. des hôpitaux, oct. 1841), et celui publié par Duguet
« (France médicale du 19 juin 1878). »

Dans ce dernier cas, qui a de grandes analogies avec celui de Bricheteau, on voit un jeune homme phtisique souffrir d'un pyopneumothorax d'un seul côté et depuis quelque temps, quand brusquement survient une perforation du côté opposé et un second pneumothorax rapidement mortel.

Dans les deux cas l'autopsie a donné simplement l'explication des accidents, et l'étude de ces deux faits confirme ce que disait Laënnec :
« Des cas de cette nature sont, sans contredit, au-dessus de toutes les
« ressources de la nature et de l'art. »

32. — NOTE SUR UN CAS DE PLEURÉSIE TUBERCULEUSE. OPÉRATION DE L'EMPYÈME. MORT. DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE DES REINS, DU FOIE, DE LA RATE, DU CŒUR ET DE LA DURE-MÈRE. (Gaz. des hôpitaux, 15 février 1886, n° 19, p. 73-74.)

Ce fait offre un intérêt tout particulier en ce sens qu'il fait voir une dégénérescence amyloïde très généralisée, sans qu'il ait été relevé d'altération osseuse dans les investigations de l'autopsie.

33. — DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE DU FOIE ET DE LA RATE DANS UN CAS DE PHTHISIE PULMONAIRE. (Bull. de la Soc. anat., nov. 1868, p. 563-567.)

Ce cas, remarquable comme le précédent, par l'absence d'altérations

osseuses, offre de plus une dégénérescence amyloïde du foie sans dégénérescence graisseuse, ce qui est rare, et s'accompagne d'une péricardite tuberculeuse et de thromboses cachectiques dans les cordages du ventricule droit et de son oreillette.

E. — SYSTÈME DIGESTIF.

33. — LEÇON SUR LA TUBERCULOSE LINGUALE. (Publiée dans les annales médico-chirurgicales françaises et étrangères, n° 6, août 1885, p. 185-196.)

Dans cette leçon, l'auteur, à propos d'un malade atteint d'ulcérations tuberculeuses de la langue, étudie ces lésions tout spécialement au point de vue du diagnostic souvent difficile. Après avoir passé en revue les différentes hypothèses telles que : aphtes des fumeurs, ulcérations traumatiques par une dent malade, ulcérations syphilitiques, ulcérations crancroïdales, qui peuvent être posées en face de cas analogues, il arrive, en se basant sur l'aspect, la forme, la disposition, la couleur de ces ulcérations, à admettre des ulcérations tuberculeuses, d'autant plus que le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire aux sommets avec adénopathie trachéo-bronchique, et qu'il accuse des antécédents tuberculeux dans sa famille.

Après avoir indiqué les divers travaux parus sur la question, l'auteur insiste en dernier lieu sur le traitement. Se basant sur deux ou trois cas de guérison observés par MM. Bucquoy et Laboulbène, il admet la possibilité de la disparition de ces lésions en usant comme agent local de la teinture d'iode, qui a réussi dans son cas comme dans les cas précédents, tout en surveillant l'état général, et en instituant un régime tonique et reconstituant absolument nécessaire.

34. — RAPPORT SUR UN CAS DE CALCUL SALIVAIRE ET SUR UN CAS DE GRENOUILLETTE INFANTILE. (Présenté à la Soc. anat. par M. Pâris, d'Angoulème. Bull. de la Soc. anat., déc. 1886.)

35. — Du muguet primitif de la gorge. (Communication faite à la Soc. méd. des hôpitaux, séance du 25 novembre 1882. — Voir France médicale 1882.)

L'auteur signale l'existence d'une véritable épidémie de muguet de la gorge sur plus de *cinquante* malades atteints de la fièvre typhoïde, et en particulier sur deux convalescents qui faillirent succomber au muguet étendu à une grande partie des voies digestives.

Dans tous les cas observés, les malades accusaient une dysphagie plus grande que celle qui peut être le résultat de la sécheresse habituelle de la gorge dans la fièvre typhoïde. Beaucoup ne pouvaient avaler et quelques-uns même vomissaient. Chez tous on a vu les plaques de muguet se développer tout d'abord sur le voile du palais, les piliers et les amygdales, gagnant ensuite les joues, la langue, presque jamais les lèvres ni les gencives. Le muguet était primitivement localisé à la gorge, et reposait sur une muqueuse rouge et dépouillée.

Il était peu tenace; mais, malgré le traitement, il récidivait à tel point que la surveillance de la gorge des malades était une nécessité impérieuse.

36. — De l'angine ulcéreuse et du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde. (Communications faites à la Soc. méd. des hôpitaux dans les séances du 27 avril et du 11 mai 1883.)

Dans trois cas l'auteur a vu des *ulcérations superficielles* du voile du palais se produire à une période assez rapprochée du début de la fièvre typhoïde, précédant l'apparition des taches rosées dans deux cas, et ayant une forme, un siège et une évolution tout à fait identiques. Des faits analogues manquent dans les auteurs qui ont écrit sur la fièvre typhoïde ; un seul cas semblable aux trois précédents a été observé par M. Desnos en 1876, et publié par son interne, M. Bouveret. Deux autres ont été vus par M. Lécorché.

D'après l'étude de ces faits bien probants, l'auteur admet :

1° Qu'il peut exister dans la fièvre typhoïde des ulcérations superficielles, ovalaires, siégeant tout spécialement sur les piliers antérieurs du voile du palais, à leur face antérieure, d'un seul côté ou des deux côtés à la fois.

2° Que ces ulcérations, peu nombreuses, ressemblent à une aphte très étendue.

3° Qu'elles peuvent se montrer de bonne heure, en même temps que les taches rosées, et même plusieurs jours avant elles, ce qui, dans l'espèce, peut leur donner une valeur diagnostique considérable.

4° Qu'enfin, elles n'ont aucune portée au point de vue du pronostic, puisqu'elles accompagnent des cas graves, comme des cas bénins; puisqu'on les voit naître, évoluer et guérir alors même que le malade finit par succomber.

Dans la communication faite le 11 mai, l'auteur signale de nouveaux cas de *muguet primitif de la gorge dans la fièvre typhoïde*, et étant donné cette fréquence depuis quelque temps, il admet que nombre de cas de muguet ont été vraisemblablement méconnus auparavant et regardés comme des *angines pultacées* ou même *diphthéritiques*, d'autant plus que le traitement par le borax en amène facilement la disparition. De plus, si le muguet se localise primitivement sur la gorge et non sur la bouche, comme chez les enfants, c'est parce que le muguet demande pour se développer une muqueuse dépouillée de son épithélium, fait qui n'a rien de surprenant dans la fièvre typhoïde. Ce muguet primitif de la gorge chez les typhiques peut envahir une partie des voies digestives et devenir un accident redoutable dans la convalescence, ainsi que le relève avec l'auteur V. Hutinel dans sa thèse d'agrégation 1883, p. 70 : Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. M. V. Hutinel a surtout en vue les faits contenus dans la note ci-dessus sur le muguet primitif de la gorge. (nov. 1882.)

38. — Dans sa thèse sur le : Muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde, — Paris 1883. — J. Lebrun reproduit textuellement les deux communications antérieures de l'auteur sur le muguet primitif de la gorge ; mais il a le tort de lui faire dire (p. 43) qu'il « a observé plusieurs fois qu'avec les solutions de borax employées pures, les malades se plaignaient « d'une sensation fade, de mauvaise bouche, qui même pourrait aller jusqu'aux nausées. » L'auteur n'a *rien dit et n'a rien écrit de semblable nulle part.*

39. — Rapport sur plusieurs cas de dégénérescence kystique des glandes de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin, observés a la suite de certains catarrhes et surtout de la dysentérie chronique, principalement chez des enfants, présenté par M. Quinquaud.

Bulletin de la Société anatomique, — Juin 1871.

L'auteur rappelle que M. Quinquaud a observé 10 fois sur 20 une lésion spéciale dans le tube digestif des dysentériques; c'étaient des kystes gélatiniformes à la face interne du côlon, dans l'intestin grêle et l'estomac. Les enfants atteints de dysentérie chronique semblent être les seuls qui puissent présenter cette lésion spéciale des glandes. Ces faits étaient déjà cités en Allemagne par Menzel, Virchow, en France par Cruveilhier, Lebert; mais il faut s'attendre à ne pas les rencontrer dans tous les cas de dysentérie chronique; quant aux relations à établir entre la lésion glandulaire et la maladie, il semble bien qu'elles sont intimes et que la dégénérescence kystique glandulaire fait partie dans certains cas des lésions anatomiques de la dysentérie.

40. — Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse survenue dans le cours d'une entérite tuberculeuse (Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie : séance du 22 mai 1869.)

40. — Ulcération tuberculeuse de l'estomac et de l'intestin. Péritonite circonscrite se rattachant a une typhlite tuberculeuse. Mort. Autopsie. (Observation rapportée p. 172-176 dans la thèse d'agrégation de 1878 par P. Spillmann, intitulée : de la tuberculisation du tube digestif.)

Le premier fait démontre l'existence isolée d'une typhlite phlegmoneuse sans pérityphlite, l'inflammation s'étant propagée de la muqueuse ulcérée à la tunique cellulaire du cœcum. — Quant au second cas, il se rapporte à des ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin; mais

il est surtout remarquable par la présence d'une péritonite circonscrite se rattachant à une typhlite tuberculeuse.

42. — Hernies inguinales directes peu volumineuses. Signes d'étranglement du côté droit a la suite d'un léger effort. Opération, mort rapide par rupture intestinale et péritonite généralisée. (Bull. de la Soc. anat., mai 1863, p. 255-262).

Voir Thèse d'agrégation pour 1883 de H. Duret, (p. 9-13) intitulée: *Des variétés rares de la hernie inguinale.*

L'observation de l'auteur y est relatée.

« La hernie inguinale directe est fort rare, dit M. Duret ; dans cette « observation récente de hernie exceptionnelle, la hernie existait des « deux côtés avec des caractères semblables...... quoique l'opération « eût été faite de bonne heure, l'intestin était perforé. A l'autopsie, on « reconnut que les deux fossettes inguinales moyennes comprises entre « l'artère épigastrique et l'artère ombilicale, étaient occupées par deux « sacs à collet assez large pour admettre l'extrémité du doigt..... Cette « observation est un remarquable exemple de *hernies inguinales* « *directes* telles qu'elles se présentent ordinairement à l'observation « clinique..... sous l'influence du moindre effort elles s'étranglent « d'emblée. »

43. — Hernie crurale. Accidents subaigus d'étranglement. Ictère intercurrent. Mort au huitième jour par ulcération de l'intestin et épanchement de matières stercorales. (Bull. de la Soc. anat., avril 1863, p. 195-200.)

44. — Contusion herniaire, mort en 25 heures par rupture intestinale et péritonite suraigue. (Bull. de la Soc. anat., avril 1863, p. 179-182.)

45. — Coup de pied de cheval. Fractures de côtes et du radius. Mort en 23 heures par ruptures intestinales multiples et péritonite consécutive. (Bull. de la Soc. anat., juin 1863, p. 313-317.)

Ces diverses observations, les deux dernières en particulier, se trouvent reproduites comme types dans la plupart des travaux sur ce sujet :

Ainsi : Thèse de Paris 1877, par A. Monnier, intitulée : *Contribution à l'étude des lésions de l'intestin à la suite de contusions abdominales*. Obs. XII, p. 16-18. — Obs. XIII, p. 19-21.

Thèse de Paris 1877, par L. Faurot, intitulée : *Essai sur les ruptures traumatiques de l'intestin sans lésion des parois abdominales*. Obs. XXVII, p. 45-47.

Thèse de Paris 1877, par J. Inchauspé, intitulée : *Etude clinique sur la contusion de l'abdomen*, où se trouve relevé un exemple rare de rupture du mésentère observé par l'auteur dans les faits qui précèdent.

F. — SYSTÈME CUTANÉ.

46. — Sur les taches bleues, leur production artificielle et leur valeur séméiologique. (Communication faite à la Société de Biologie le 17 avril 1880.)

(Voir Mémoires de la Soc. de Biologie. Gaz. des hôpitaux (20 avril 1880) et Annales de dermatologie et de syphiliographie, 1880.)

L'auteur, après avoir indiqué le rôle attribué jusqu'ici aux taches bleues en séméiologie par tous les médecins, surtout au sujet de la fièvre typhoïde, rappelle le travail de M. Moursou, publié en 1877-1878 dans les Annales de dermatologie et de syphiliographie, travail dans lequel est démontrée de la façon la plus nette, la coexistence absolue de ces taches bleues avec les poux du pubis ou leurs œufs sur le même sujet.

L'auteur a contrôlé d'abord l'exactitude des faits avancés par M. Moursou ; de plus, il a pensé qu'il doit exister un lien très étroit entre le parasite en question et les taches bleues, un lien de cause à effet. Il a eu l'idée que le parasite doit introduire dans le derme quelque

chose de comparable à un venin qui cause par sa présence les taches bleues.

Pour le démontrer, il a broyé un certain nombre de parasites et introduit à l'aide d'une lancette, dans le derme, la substance elle-même du parasite ainsi préparée. Au bout de 12 heures environ apparurent des taches bleues ayant absolument les mêmes caractères que celles observées chez les malades. L'auteur a rencontré des sujets chez lesquels l'insertion de la même substance n'a donné lieu à aucune tache, ce qui n'a rien d'étonnant, vu que l'on rencontre également des malades porteurs de ces parasites ou de leurs œufs sans taches bleues. Ces sujets sont réfractaires aux inoculations expérimentales aussi bien qu'aux piqûres du parasite.

Les conclusions de ce travail, basées sur cette expérimentation sont très naturelles et logiques. On peut donc affirmer que les taches bleues se rencontrent dans un grand nombre de maladies absolument disparates, ainsi que chez l'homme sain, et que, par conséquent, elles n'ont aucun rapport avec certaines maladies ou diathèses. Elles tiennent uniquement à la présence, au passage, à l'action du phthirius inguinalis. Elles n'ont plus aucune signification au point de vue du diagnostic, aucune valeur pour le pronostic et même aucune signification clinique. Leur importance est dès lors singulièrement restreinte ; elle est seulement comparable à celle de l'urticaire des processionnaires, de la piqûre du moustique ou de la puce, de la vésicule et du sillon du sarcopte dans la gale, du collier pédiculaire dans la phthiriase ; en un mot, les taches bleues seront, a l'avenir, du ressort des dermatologistes.

Ce mémoire a été présenté à l'Académie de Médecine dans la séance du 25 mai 1880, par M. le professeur Lasègue avec le jugement ci-dessous :

« J'ai l'honneur, dit-il, de présenter à l'Académie un petit travail « d'autant plus méritoire qu'il est la solution définitive d'un problème « longtemps indécis. A la suite du docteur Moursou, qui avait eu la « première visée, le docteur Duguet, agrégé à la Faculté de médecine, « a démontré péremptoirement que les taches bleues ou ardoisées étaient « toujours dues à la présence du phthirius ou pediculus cutis. Les preuves « qu'il a rassemblées sont si concluantes que les taches bleues, dépos- « sédées de leur rôle imaginaire dans les fièvres zymotiques, devien- « dront plus humblement les indices certains d'un parasitisme phthiria- « sique de la peau. (Bull. de l'Académie, n° 21, p. 508.)

47. — Étude sur les taches bleues (historique et recherches nouvelles. Thèse de Paris, 1882, par Ch. Mallet.

Ce travail dans lequel l'auteur a repris avec son élève, M. Mallet, toutes ses recherches cliniques et ses expériences, ne fait que confirmer par des observations et des expérimentations nouvelles les conclusions du précédent mémoire.

Après avoir de nouveau insisté sur l'importance séméiotique attribuée autrefois aux taches bleues, il arrive à conclure qu'elles ne doivent plus être regardées comme spéciales ni à la dothiénentérie ni à la fièvre synoque, mais qu'elles sont toujours dues à la présence et à l'action du phthirius inguinalis. Les recherches cliniques et expérimentales démontrent surabondamment ces deux propositions.

On observe les taches bleues aussi bien chez l'homme sain que chez le malade ; et si on est à même de les rencontrer plus fréquemment chez ce dernier, surtout s'il a de la fièvre, c'est qu'on examine plus souvent et plus complètement les fiévreux que des personnes bien portantes.

Il y a, à coup sûr, des individus réfractaires qui, tout en ayant des poux du pubis, n'ont pas de taches bleues, et chez lesquels l'inoculation est sans résultat. Mais chez tous les sujets, il y a toujours du prurigo qui est plus ou moins intense, et qui a paru, d'après les observations et meme les expériences, d'autant plus marqué que les individus sont plus réfractaires à la production des taches bleues.

Le *pouvoir colorant* si spécial et si étendu du phthirius inguinalis ne lui appartient pas exclusivement, et des expériences toutes nouvelles ont également démontré à l'auteur que la plupart des parasites, puces, cousins communs, punaises, poux de tête, poux de corps, possèdent un venin spécial à chacun d'eux, qui donne une coloration variable à la peau, au niveau du point piqué ou inoculé, et tout à fait caractéristique de la piqûre de chacun de ces différents insectes.

D'autres expériences ont, en outre, précisé le point du corps du parasite qui paraît posséder le pouvoir colorant. Elles ont montré que c'est au voisinage de la deuxième paire de pattes du phthirius qu'il se trouve, là où les entomologistes placent les glandes salivaires.

Quant à la nature des taches bleues, elle est totalement inconnue ;

tout au plus peut-on affirmer qu'elle n'est ni un érythème, ni une ecchymose, ni même une tache pigmentaire.

48. — EXPÉRIENCES ET RECHERCHES NOUVELLES SUR LES TACHES BLEUES (Comptes rendus des séances de la Société de biologie 12 août 1882, p. 617-622.)

L'auteur, en présentant le travail de M. Mallet détermine encore d'une façon plus précise l'état de la question. Il ajoute en terminant que, malgré ces travaux et les faits incontestablement acquis, tout n'est pas encore dit en ce qui concerne l'histoire des taches bleues et du phthirius inguinalis. Il reste en effet à savoir si le pouvoir colorant appartient exclusivement au mâle ou à la femelle, distinction peu probable pourtant si le pouvoir colorant réside bien uniquement dans les glandes salivaires qui sont communes au mâle et à la femelle. On peut se demander encore s'il n'existe pas plusieurs espèces de phthirius inguinalis, l'une douée du pouvoir colorant et l'autre non, car il est arrivé d'obtenir, sur des sujets fort sensibles au pouvoir colorant du phthirius, des résultats absolument négatifs avec des insectes de malades qui en étaient abondamment pourvus sans avoir de taches bleues.

Enfin il est plus que probable, d'après les données de la clinique, que le pouvoir colorant du phthirius est plus actif à certaines époques de l'année. On a remarqué en effet que les taches sont surtout abondantes dans les mois de février, mars et avril, tandis que dans les autres mois les taches sont beaucoup moins nombreuses, malgré la présence aussi habituelle des pediculi pubis.

49. — NOTE SUR UN CAS D'ARGYRIE CONSÉCUTIF A DES CAUTÉRISATIONS RÉPÉTÉES DE LA GORGE AVEC LE NITRATE D'ARGENT (Présentation de la malade à la Société de biologie, séance du 6 juin 1874. — Voir Mémoires de la Soc. de biologie 1874. — Voir Journal de thérapeutique de Gubler.)

Ce fait, avec celui de Krishaber, vient démontrer que la teinte ardoisée argentique peut être le résultat de cautérisations sur une mu-

queuse, et qu'il n'est pas nécessaire que le nitrate d'argent soit administré à l'intérieur. On peut cependant se demander si, dans ces cas, les produits de la cautérisation, imprégnés de sels d'argent, n'ont pas été entraînés dans l'estomac et absorbés.

Toujours est-il que des cautérisations de la gorge par le nitrate d'argent peuvent provoquer la teinte bleuâtre de la peau et des muqueuses caractéristique de l'argyrie. Enfin le liséré argentique signalé par l'auteur en 1872 au début de la saturation argentique n'est sans doute pas constant, puisque dans ces deux observations il n'a pas été relevé.

50. — Pellagre sporadique (présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 23 juin 1863).

Il s'agit ici d'un homme âgé de 53 ans, atteint d'un *érythème* lisse tout particulier du dos des mains ; la peau des poignets a une teinte terreuse sur une largeur de 4 à 5 centimètres ; cette teinte se retrouve à la face dorsale des doigts, avec une desquamation épidermique en certains points où le derme est mince comme une pelure d'oignon. Il n'y a pas de troubles digestifs ni des organes des sens ; mais la démarche est hésitante, et il existe une dépression morale assez intense. Ces accidents se répètent depuis trente ans, pendant deux mois au moins au moment du printemps, puis finissent par disparaître.

Malgré l'absence de phénomènes digestifs et le peu d'intensité des troubles nerveux, les manifestations cutanées d'après leur marche et leur aspect doivent être mises sur le compte d'une pellagre sporadique, qui tarde à s'aggraver en raison des bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve le malade.

51.—Rapport sur un cas de lèpre tuberculeuse. (Bull. de la Soc. anat. août 1863).

L'auteur s'est attaché à faire ressortir dans ce rapport les points instructifs que présentait le cas observé par Robertet.

Cette maladie naît avec des apparences bénignes, mais parcourt son évolution fatale.

Depuis deux mille ans on retrouve la lèpre avec ses manifestations aussi nettes, avec son issue toujours funeste ; l'anesthésie qui du temps de

Moïse jouissait d'une valeur presque absolue fait encore aujourd'hui le principal trait de l'éléphantiasis des Grecs. — La confusion avec d'autres lésions s'est faite sans doute, mais l'anesthésie pouvait trancher la difficulté. — Y a-t-il un produit morbide spécial, et la matière lépreuse qui envahit tous les tissus est-elle spécifique? Les recherches des micrographes ne l'ont pas démontré; le corpuscule lépreux n'existe pas plus que le corpuscule tuberculeux, pas plus que la cellule cancéreuse.

Les auteurs, tels que Schilling, Gilbert et Bazin, admettent deux formes de lèpre : l'une est caractérisée par la présence des taches anesthésiques, des tubercules, des ulcères de la peau et des muqueuses, et dans ce cas la mort arrive par épuisement ou par désordres du larynx; l'autre possède aussi des taches anesthésiques, des bulles pemphigodes, des ulcères des téguments et des organes des sens, des lésions viscérales; les malades dans ce cas succombent aux troubles viscéraux. La première forme est dite *tuberculeuse* ou *hypertrophique*; la seconde, à cause des paralysies et de l'atrophie, porte le nom d'*anesthésique* ou d'*atrophique*. Bazin admet encore une forme larvée. L'observation en question confirme l'idée de Schilling qui veut que la lèpre anesthésique *ne soit que le dernier degré de la lèpre tuberculeuse*.

52. — Rapport sur la chéloide de l'oreille. (Bulletins de la Société anatomique. — Avril 1871.)

A propos d'une observation de M. Landouzy, l'auteur étudie les différents cas de chéloide de l'oreille. Les faits de ce genre sont peu nombreux; jusqu'à présent on n'en comptait que six, celui-ci est le septième.

La nature histologique de ces tumeurs a été faite par MM. Broca et Malassez, mais le fait important à faire ressortir est la récidive ordinaire et sur place de ces tumeurs une fois enlevées; elles n'envahissent pas les ganglions et n'altèrent pas la santé générale.

Il semble que ces tumeurs aient pour origine une diathèse, car plusieurs membres d'une même famille peuvent en être atteints (Broca), ou bien ces tumeurs peuvent se rencontrer en même temps sur d'autres points du corps.

Une cause d'irritation provoque leur développement; c'est la boucle

d'oreille dans ce cas, et du reste, c'est une raison pour laquelle ces tumeurs atteignent beaucoup plus souvent le lobule de l'oreille des femmes que celui des hommes; toute autre cause peut les faire apparaître en n'importe quel point. — Comme elles n'altèrent pas la santé générale, qu'à un moment donné elles sont stationnaires, et qu'elles peuvent disparaître spontanément, il ne faut pas les enlever, d'autant plus qu'elles récidivent.

G. — SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE.

53. — Rapport sur un cas de sarcocèle inguinale. (Bullet. de la Soc. anat. Août 1867.)

54. — Contribution a l'étude des grossesses extra-utérines, et en particulier de la grossesse tubaire. — Avec 2 planches. (Annales de gynécologie, avril et mai 1874.)

Travail important dans lequel sont indiqués avec soin, le rôle des grossesses antérieures sur la production de la grossesse extra-utérine, le mode de production des hémorrhagies terminales, et les différents signes qui permettent de reconnaître cette grossesse pendant la vie.

Les signes de la grossesse extra-utérine sont tout à fait incertains pendant les premiers mois, et il n'est pas rare que dans la grossesse tubaire la mort arrive avant que le diagnostic ait pu être posé. L'arrêt des règles, les vomissements, les douleurs abdominales, l'anémie, joints au développement de l'utérus et au ramollissement du col, sont les phénomènes habituellement observés. — Ce qu'il importe de relever dans cet ensemble de signes, c'est : le retard des règles suivi d'une métrorrhagie peu abondante, continue, avec recrudescences possibles, mais sans périodicité. Les douleurs abdominales sont ordinairement très vives, et souvent localisées à un côté du ventre où il est possible de saisir le développement d'une tumeur indépendante de l'utérus qu'elle a dévié.

Les vomissements et surtout l'anémie profonde qui apparaît avec ou sans hémorrhagie, peuvent être cause d'une erreur.

Du deuxième au quatrième mois une *caduque* se détache et est rendue dans des efforts d'expulsion; cette chute d'une caduque sert probablement de prélude à une vaste hémorrhagie interne.

La terminaison a lieu, tout au moins dans la grossesse tubaire, du deuxième au quatrième mois, et presque constamment par rupture du kyste fœtal, et la source de l'hémorrhagie interne qui en est la suite provient, non de l'œuf qui reste habituellement intact, mais de ses enveloppes toujours vasculaires ou des insertions placentaires.

Certains cas d'hématocèle péri-utérine sont, pour ces raisons, la conséquence de grossesses extra-utérines.

Enfin, il est plus que probable que les grossesses antérieures jouent un rôle dans le mode de production des grossesses extra-utérines, qu'elles soient tubaires ou péritonéales.

55. — MÉTRORRHAGIE DUE A LA RÉTENTION D'UN ARRIÈRE-FAIX, A LA SUITE D'UN AVORTEMENT DE TROIS MOIS. DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC. EXPULSION A L'AIDE DU SEIGLE ERGOTÉ, APRÈS UN SÉJOUR DE 5 MOIS, PENDANT LESQUELS ON AVAIT PU CROIRE A UN CANCER UTÉRIN. GUÉRISON. (Bull. de la Soc. anat., juin 1866.)

Cette observation curieuse est très importante : elle a pu être la cause de grandes difficultés de diagnostic, car on crut avoir affaire à un cancer de l'utérus. Un rapport de M. Brouardel a été lu sur ce fait à la Société anatomique. (1866.)

56. — TROIS CAS DE PHLEGMON PÉRINÉPHRIQUE. (Communication faite à la Soc. méd. des hôpitaux, dans la séance du 13 février 1880.)

Guérison complète obtenue dans les trois cas.

57. — REMARQUES SUR UN CAS DE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME. (Bull. de la Soc. anat., mai 1871.)

58. — KYSTE SÉRO-SANGUIN DU SEIN DROIT ACCOMPAGNÉ DE PRODUCTIONS ÉPITHÉLIALES ET D'INDURATION HYPERTROPHIQUE DE LA GLANDE. (Bull. de la Soc. anat., mai 1863.)

II. — SYSTÈME OSSEUX.

59. — NOTE SUR UN CAS D'OSTÉOMYÉLITE SPONTANÉE DE L'HUMÉRUS, SUIVIE D'INFECTION PURULENTE. (Union médicale, 12 janvier 1864. n° 4, p. 50.) Pièces présentées à la Soc. anat. et ayant donné lieu à une discussion intéressante.
(Voir bull. de la Soc. anat., juin 1863, p. 274.)

60. — RAPPORT SUR DEUX CAS D'ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUES, PRÉSENTÉS A LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, PAR M. H. HENROT (*Periostite phlegmoneuse*) ET OBSERVÉS A L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. (Bull. de la Soc. anat., avril 1864.)

Dans ce rapport, l'auteur insiste sur les difficultés que l'on a à reconnaître dès le début la périostite phlegmoneuse, qui est presque toujours confondue avec une maladie générale grave : fièvre typhoïde, rhumatisme, méningite, tuberculose aiguë. Du reste, la périostite phlegmoneuse n'est pas une affection locale, et Chassaignac faisait preuve d'un grand sens clinique, quand, peu satisfait du nom d'ostéomyélite qu'il venait de lui donner, il proposait de l'appeler d'une façon moins anatomique mais plus vraie : *typhus des membres*.

61. — ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUES DE LA COLONNE VERTÉBRALE, OBSERVÉS A L'HÔPITAL DES ENFANTS. PRÉSENTATION FAITE A LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE ET SUIVIE D'UNE DISCUSSION. (Bull. de la Soc. anat., juillet 1865.)

62. — Ostéites et nécroses multiples. Amputation de cuisse pour une nécrose du tissu spongieux du tibia. (Bull. de la Soc. anat., juin 1863.)

63. — Phthisie héréditaire. Mal de Pott. Scapulalgie; résection de l'humérus; fistules intarissables. Mort. (Bull. de la Soc. anat., février 1863.)

64. — Pièces relatives a un cas de cancer des seins, des côtes et du crane. (Bull. de la Soc. anat., mars 1863.)

65. — Fractures multiples de treize côtes, de la jambe gauche et de l'avant-bras droit. (Bull. de la Soc. anat., avril 1863.)

66. — Pièces relatives a une fracture des cartilages des huitième et neuvième côtes gauches, avec consolidation osseuse. (Bullet. de la Soc. anat., mars 1863.)

Ces pièces présentent un grand intérêt, car elles permettent d'affirmer la consolidation avec cal osseux dans les fractures des cartilages.

67. — Pièces relatives a une fracture du bassin consolidée. (Bullet. de la Soc. anat., mars 1863.)

68. — Fracture du condyle de l'humérus intracapsulaire consolidée par un cal osseux. (Bullet. de la Soc. anat., 1862.)

Fait rare et incontestable de consolidation par un calosseux d'une fracture intra-capsulaire.

69. — Pièces relatives a une luxation iliaque ancienne. (Présentation suivie de discussion. Bullet. de la Soc. anat., 1863.)

70. — Annulaire arraché avec le tendon du fléchisseur profond. (Bullet. de la Soc. anat., juin 1863.)

71. — Corps mobiles articulaires. — Corps articulaires multiples. (Bullet. de la Soc. anat., août 1863.)

72. — Observation et pièces relatives a un cas d'ostéophyte du petit trochanter du fémur, avec bourse séreuse accidentelle. (Bullet. de la Soc. anat., déc. 1863.)

(Voir Thèse de Paris, 1864, par Soulier, intitulée : *Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses.* « Observation intéressante, dit Soulier, à cause de la difficulté d'interprétation qu'elle offre, à cause de son siége et de son « volume. » Exostose ostéogénique de Soulier.)

73. — Pièces relatives a une luxation du cubitus sur l'humérus, avec ankylose fibreuse et arthrodie formée entre l'olécrane et l'humérus. (Bullet. de la Soc. anat., juin 1863.)

I. — VARIA.

74. — Goitres et médication iodée interstitielle.— Paris 1886.

Ce travail basé sur trente-quatre observations, dont la première remonte à l'année 1874, a pour but de montrer l'utilité des injections interstitielles de teinture d'iode dans le goître.

Après avoir indiqué dans un premier chapitre les inconvénients de la thyroïdectomie totale ou partielle qui expose les opérés soit au myxœdème soit à une foule de dangers opératoires, l'auteur rappelle les bons effets de la methode de Luton, employée par Bertin de Gray, par Lévêque, ainsi que par les médecins étrangers, mais jusqu'à ce jour assez peu mise en pratique en France, mais employée par lui depuis douze ans.

La lecture des observations est très instructive ; elles démontrent que des goitres charnus simples, des goitres dégénérés, et jusqu'à des goitres kystiques, ont été heureusement traités par les injections iodées interstitielles. Dans le tableau analytique qui les suit, on compte vingt et un cas de guérison absolue, et sept cas qui ont été plus ou moins améliorés. Il en reste six dont le résultat fut nul ou inconnu, les malades n'ayant pas été suivis. Tous les goitres radicalement guéris étaient des goitres jeunes, parenchymateux ou kystiques ; seuls les goitres anciens ont résisté aux injections, excepté deux qui ont guéri comme les premiers. Le nombre des injections nécessaire pour obtenir un résultat favorable varie avec la nature du goitre ; la moyenne est de 7 1/2 pour les jeunes et de 16 pour les anciens ; les goitres kystiques n'ont eu besoin que d'une seule injection ou d'une et demie au plus pour disparaître.

En dehors de cinq cas observés chez des hommes, tous les autres ont trait à des femmes ayant des troubles de la menstruation, ou arrivées à la ménopause ou bien grosses ; l'hérédité a aussi joué son rôle dans quelques cas. Deux jeunes israélites sont parmi les hommes traités, et ces deux cas démontrent la possibilité du goître dans la race juive, contrairement à ce qui a été dit. Enfin tous les cas de goîtres unilatéraux siégeaient dans le lobe droit et, dans le cas d'hypertrophie totale de la glande, la prédominance était à droite.

Le chapitre le plus important est celui dans lequel est décrite la manière d'opérer.

L'auteur a laissé de côté l'alcool, l'iodure de potassium, le perchlorure de fer et d'autres substances qui ont servi aux injections dans les goîtres ; il s'est toujours contenté de la teinture d'iode du Codex, utilisant ainsi l'action irritante de l'alcool et l'action spécifique de l'iode. — Les injections ont été faites avec une seringue ordinaire de Pravaz armée d'une aiguille creuse en acier, que l'on préserve de la rouille en la lavant dans une solution faible d'ammoniaque et en la conservant dans de l'huile phéniquée au 10e. — Après avoir déterminé nettement le point sur lequel on veut opérer et avoir essayé la seringue que l'on remplit ensuite de teinture d'iode, on immobilise la tumeur avec la main gauche et on enfonce l'aiguille séparée de la seringue directement et lentement dans l'épaisseur du goitre, à plusieurs centimètres de profondeur et même jusqu'à la garde. Il peut alors s'écouler par l'aiguille un peu de sang pur ; il faut en ce cas retirer l'aiguille et ponctionner à côté ; plusieurs tentatives

sont quelquefois nécessaires avant de pouvoir pousser l'injection, il peut arriver aussi que l'écoulement répété de sang à chaque ponction commande l'abstention. Si le liquide qui s'écoule est limpide ou brunâtre, on vide la poche avec la seringue et on pousse ensuite une injection. — Ces précautions importantes étant prises, on adapte à l'aiguille la seringue chargée et l'on pousse doucement l'injection en observant le visage du patient, pour s'arreter à temps si cela est nécessaire. L'injection terminée, on retire d'un seul coup la seringue et l'aiguille, et il suffit d'appuyer un instant le doigt sur le point piqué pour arrêter l'écoulement de sang ou de teinture d'iode.

Rapidement après l'injection surviennent d'ordinaire des phénomènes de réaction locale : tension, gonflement, chaleur, douleurs localisées et douleurs irradiées dans la mâchoire, les dents, la nuque ou l'épaule du côté où la ponction a été faite. Il y a quelquefois un peu de fièvre avec un léger état gastrique; mais tous ces accidents ne durent que quelques heures, deux ou trois jours au plus. Dans plusieurs cas on a remarqué une saveur iodée dans la bouche, et l'urine contenait assez de teinture d'iode pour être facilement décelée.

Une seule injection a suffi dans quelques cas pour amener leur guérison; mais le plus souvent il a fallu répéter les injections après avoir laissé tomber les troubles réactionnels. Dans les premiers temps et pratiquées tous les huit ou dix jours, elles produisent des effets utiles très rapidement, mais à la longue, leur action est bien faible et finit par être nulle. L'observation XV nous fait voir, en effet, que huit injections pratiquées en neuf semaines ont amené une rétraction presque complète d'un goître qui, au contraire, s'est ensuite à peine modifié malgré douze autres injections pratiquées en quinze mois. — En général, les goîtres jeunes cèdent vite et après quelques injections; les anciens au contraire, surtout ceux qui sont dégénérés, sont moins attaquables; les parties restées charnues se réduisent seules bien, les autres résistent ou se rétractent à peine et très lentement.

Comment agissent les injections de teinture d'iode dans un goître?

Elles agissent de deux façons 1° Par absorption, car la teinture d'iode est absorbée ainsi que le prouve la saveur iodée et la présence de l'iode dans les urines; aussi Luton va-t-il jusqu'à conseiller aujourd'hui les injections au voisinage du goître et non plus dans son épaisseur; sa première manière paraît cependant être la meilleure; 2° Par inflam-

mation non suppurative qui s'affirme par les phénomènes de réaction locale et générale. — La teinture d'iode amène la rétraction du goître par un travail d'atrophie analogue à celui de l'atrophie testiculaire dans l'orchite ourlienne; elle oblitère les goîtres kystiques en suscitant un travail adhésif comme dans la tunique vaginale en cas d'hydrocèle. La transformation fibreuse et même calcaire du goître est le fait constant et le mode de guérison ordinaire; l'absorption et l'irritation locale se sont combinées pour amener ce résultat. Les goîtres jeunes, récents, sont tout à fait réduits, les vestiges en sont insignifiants, tandis qu'il y a pour les anciens et les dégénérés des limites à la réduction qu'on ne peut dépasser malgré le nombre d'injections employées.

Tous les malades, et ils sont assez nombreux, que l'auteur a pu suivre pendant plusieurs années n'ont jamais présenté de troubles graves de la santé générale; le myxœdème n'a pas été observé, accident qui se serait infailliblement montré si la glande thyroïde avait été détruite totalement par la teinture d'iode. Par contre, s'il reste des portions saines, intactes dans la glande, elles peuvent devenir l'origine d'un nouveau goître à côté de l'ancien déjà guéri. A ce propos l'auteur cite un fait unique de goître unilatéral droit qui, s'étant atrophié et calcifié après 256 injections pratiquées en trois ans, est suivi d'un autre goître développé à gauche et actuellement en traitement.

Dans un dernier chapitre est mise en relief l'absence absolue d'accidents qui pourraient être attribués à la méthode. L'inflammation atténuée qui existe après chaque injection a plutôt des effets heureux; la suppuration n'a jamais été observée malgré le nombre assez élevé d'injections pratiquées (réunies à celles de Luton, Bertin, Lévêque, elles donnent un total de 727.) Puis on évitera facilement les injections dans les vaisseaux en se conformant au manuel opératoire indiqué par l'auteur. Les quelques symptômes de fièvre iodique sont bien insignifiants pour être redoutés de même que la possibilité d'un amaigrissement qui n'a jamais été observé. L'injection peut être l'occasion d'accidents hystériques, mais peu importe; enfin si on a craint la mort subite, il faut penser qu'elle peut être le résultat de causes autres que l'injection iodée. — Au contraire, les bons effets de cette méthode, inaugurée par Luton, sont considérables. Les injections réduisent le plus souvent le goître d'une façon absolue, faisant ainsi disparaître une difformité disgracieuse; si la réduction est incomplète, elles suppriment la dyspnée et la dysphagie et

mettent le goître dans l'impossibilité de nuire. Ces bons effets s'observent chez tous les malades, même les femmes enceintes et les nourrices ; on a même pu voir de violentes migraines disparaître presque complètement avec le goître.

La méthode de Luton reste donc inoffensive et merveilleusement efficace quand elle est bien employée.

75. — Lymphadénome de la rate, étendu au diaphragme, a la plèvre, aux poumons et aux ganglions lymphatiques, sans leucémie. Pleurésie cloisonnée. Cachexie. (En commun avec M. Veil. — Bull. de la Soc. anat., 1879.)

Ce cas s'est présenté à l'observation dans des conditions entièrement insolites qui le rendent intéressant, aussi bien au point de vue clinique, qu'au point de vue anatomique.

Le malade présentait tous les signes d'une pleurésie gauche, cloisonnée, car le liquide retiré différait à chaque ponction, et les signes de pleurésie ont disparu successivement en avant, en arrière et sur le côté, après la ponction ; enfin, l'autopsie a montré le cloisonnement de la plèvre. Cette pleurésie était symptomatique d'une tumeur douloureuse de la rate ; la nature de la lésion fut démontrée par l'autopsie et l'examen microscopique pratiqué par M. Cornil. On avait donc affaire à un lymphadénome de la rate qui avait envahi successivement la plèvre et le diaphragme, de façon à déterminer des signes de pleurésie étendue, chose absolument insolite dans les cas de ce genre, tandis que l'extension aux ganglions est un fait assez habituel.

76. — Épaississement considérable avec sclérose de la capsule fibreuse de la rate, chez un homme qui a longtemps souffert de fièvres intermittentes en Sologne. (Bull. de la Soc. anat., février 1868.)

77. — Tumeur fibreuse de la fesse avec anciens foyers. (Bull. de la Soc. anat., décembre 1863.)

78. — TUMEUR FIBREUSE DU DOS. (Bull. de la Soc. anat., 1863.)

79. — NOTE SUR UN NOUVEAU DILATATEUR ŒSOPHAGIEN, présenté à la Société méd. des hôpitaux, 1885.

L'auteur a cherché à obtenir la continuation directe sans soubresaut de la tige du dilatateur œsophagien de Trousseau, avec les olives, quel que soit leur calibre, et il y est arrivé.

80. — SUR UN CAS DE TENTATIVE D'EMPOISONNEMENT (suicide) PAR LE PÉTROLE. (In Soc. de méd. des hôpitaux, 1885.)

L'auteur a relevé dans ce fait l'innocuité du pétrole ingéré en certaine quantité, et son élimination en nature par les urines, en provoquant simplement sur son passage une albuminurie temporaire.

81. — SUR UN CAS D'INTOXICATION SATURNINE, OCCASIONNÉE PAR LA MANIPULATION ET L'EMPAQUETAGE DE LA BRAISE, DITE CHIMIQUE. (In Soc. méd. des hôpitaux, 1885.)

81 bis — Note sur un cas d'intoxication saturnine observé dans la fabrication du cartonnage à la machine — in Revue d'hygiène 1888.

Publications faites par divers auteurs, pour développer des idées émises par M. le docteur Duguet, ou signaler des faits recueillis sous sa direction.

82.— ÉTUDE SUR LES HÉMORRHAGIES DES CENTRES NERVEUX DANS LE COURS DU PURPURA HEMORRHAGICA (Mémoire de concours pour les Prix de l'Internat), par M. J. B. Duplaix. (Voir Archives de méd., avril 1883.)

Travail inspiré par l'auteur, à l'occasion d'un cas remarquable *observé dans son service*. Obs. XXI (p. 31-34) : *Purpura hemorrhagica*.

Attaques épileptiformes. Néphrite albumineuse. Guérison apparente. Mort l'année suivante, par phtisie pulmonaire à marche rapide. — L'autopsie a montré l'existence de plusieurs petits foyers anciens d'hémorrhagie méningée.

83. — De l'aphasie, par le docteur Legroux. (Thèse d'agrégation, Paris, 1875.)

Où se trouve donnée comme type d'aphasie, par ramollissement dû à une embolie, l'observation détaillée de l'auteur ayant pour titre : *Affection organique des deux cœurs, probablement d'origine rhumatismale ; hémiplégie droite et aphasie par embolie cérébrale. — Embolie de l'artère crurale gauche et gangrène consécutive. Infarctus pulmonaires. Mort. Autopsie.*

84. — De la coexistence de la méningite suppurée et de la pneumonie au troisième degré. (Thèse inaugurale du docteur B. Salvy, 1881.)

Pour ce travail, l'auteur a utilisé trois faits observés par M. Duguet à l'hôpital Saint-Antoine. L'intérêt de ces trois observations porte sur ce fait que la méningite suppurée, reconnue à l'autopsie et soupçonnée pendant la vie à cause de la présence de certains troubles nerveux, est survenue dans le cours d'une pneumonie suppurée alcoolique. Ce sont là trois faits qui démontrent une fois de plus que les symptômes nerveux de certaines pneumonies ne sont pas toujours de simples phénomènes sympathiques.

85.— Des hémorrhagies intra-rachidiennes. (Thèse présentée pour l'agrégation par le docteur Hayem, 1872.)

L'auteur rapporte un cas de M. Duguet, dans lequel il y eut un ramollissement de la moelle avec hématomyélie. Le malade avait des eschares au sacrum s'ouvrant dans le canal rachidien ; il fut emporté par une méningite cérébro-spinale.

86. — Contribution a l'étude des causes de la paralysie agitante, par le docteur Leroux. — Paris, 1880.

Travail dans lequel se trouve une observation de la paralysie agitante, vraisemblablement héréditaire, chez un rhumatisant du service de M. Duguet.

87. — Essai sur les névrômes généralisés, par F. Cardon. — Paris, 1876.

Etude dans laquelle se trouve une observation de névrômes généralisés tirée du même service.

88. — Études sur les principales causes de la rétention d'urine, par N. Brault. — Paris, 1863.

Thèse dans laquelle se trouve l'histoire d'un cas de rétention d'urine par *contracture du col de la vessie* observé par M. Duguet, chez une *hystéro-épileptique*.

89. — Anévrysmes valvulaires du cœur, par G. Laurand. — Paris, 1881.

M. Duguet a communiqué à l'auteur une observation et des pièces uniques dans leur genre, à savoir : deux anévrysmes valvulaires sur chacune des deux valves d'un orifice aortique auquel manquait la troisième valve.

90. — Des déformations de la trachée, par L. Rey. — Paris, 1875.

Travail dans lequel se trouve relatée l'observation suivante recueillie par M. Duguet et intitulée : *Anévrysme de la crosse de l'aorte, avec oblitération des branches qui en naissent; déplacement du cœur, compression de la trachée. Mort et autopsie.*

91. — Observation de fièvre typhoïde légère avec thrombose cardiaque; embolies dans le cerveau, le rein et la rate (Présentée par M. Sevestre à la Société anatomique, et tirée du service de M. Duguet).

92. — Rapport a la société anatomique sur un cas d'embolie de l'artère fémorale gauche, survenue chez un sujet atteint de pneumonie et d'athéromes de la partie supérieure de l'aorte (Présenté par M. Hervey, Bullet. de la Soc. anat. — 1873.)

93. — De l'altération sénile du système vasculaire, structure et physiologie pathologique (Thèse de Paris, 1868, par J. Féraud.)

Travail contenant une observation d'athéromes séniles fournie par M. Duguet.

94. — Du mode de formation des caillots fibrineux dans les nids valvulaires chez les cachectiques atteints de thromboses veineuses. (Communication faite à la Société de Biologie par l'auteur en 1862, et reproduite par Trousseau dans sa Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 2e édition, t. III, pages 695-696, à propos des lésions dans la phlegmatia alba dolens.)

95. — De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde, par A. Veillard. — Paris, 1881.

Travail dans lequel se trouvent les observations IV et V dues à M. Duguet et intitulées : 1° fièvre typhoïde suivie de la phlegmatia alba dolens des deux membres inférieurs. Rechute sans retour de la phlegmatia. Guérison.

2° Fièvre typhoïde adynamique, muguet, phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Guérison.

96. — De l'influence du traumatisme sur les manifestations de la diathèse rhumatismale, par P. Fournier. — Paris, 1878.

Travail inspiré par M. Duguet qui a fourni des observations: l'une dans laquelle une attaque de rhumatisme a été déterminée par un traumatisme, et l'autre où une rechute de rhumatisme s'est déclarée sous l'influence de la méme cause.

97. — Des bruits pleuraux et pulmonaires dus aux mouvements du cœur. (Thèse du docteur P. Choyau, Paris, 1869.)

L'auteur rapporte un fait observé par M. Duguet dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu.

Un homme entre avec tous les signes d'une gangrène pulmonaire occupant une partie considérable du poumon gauche. Outre les signes d'une pneumonie catarrhale généralisée, on perçoit un bruit de gargouillement non seulement à chaque mouvement respiratoire. mais encore à chaque pulsation cardiaque. Il y avait, dans la partie du poumon correspondant au siége de ce bruit spécial, une vaste caverne gangréneuse qui fut constatée à l'autopsie. La gangrène était consécutive à la présence d'une pièce de cinquante centimes fixée depuis un certain temps dans la bronche droite.

98 — Des différentes formes de la pneumonie aigue chez les enfants, par F. Damaschino. (Thèse de Paris, 1867.)

Dans ce travail se trouve mentionnée l'histoire d'un enfant de trois ans mort de pneumonie à l'Hôpital des Enfants, chez lequel M. Duguet a constaté la transformation de tout un lobe du poumon en une vaste poche purulente.

99. — Des localisations rhumatismales qui peuvent précéder la localisation articulaire aigue, par Hallez. (Thèse de Paris, 1869.)

100. — De la pneumonie rhumatismale, par S. Perkowski. (Thèse de Paris, 1869.)

Dans ces deux thèses, les auteurs citent deux faits observés, l'un par MM. Duguet et Quertier, l'autre par M. Duguet.

Dans la première, la pneumonie rhumatismale a été précédée d'œdème généralisé ; ces accidents s'accompagnaient de diarrhée, d'endocardite et de douleurs dans les articulations.

Dans la seconde, le malade, atteint pour la première fois de rhumatisme articulaire aigu, fut pris d'ictère et de pneumonie à droite. Il succomba dans l'adynamie, et l'autopsie fit trouver les lésions d'endo-péricardite et de pneumonie constatées pendant la vie.

100 *bis*. — Contribution au traitement du pneumothorax, par V. Pernet. (Thèse de Paris, 1878.)

101. — Influence du pneumothorax sur la marche de la tuberculose pulmonaire, par E. Toussaint. (Thèse de Paris, 1880.)

Ces deux thèses s'appuient sur une observation de l'auteur intitulée : Hémoptysie. Pneumothorax. Pleurésie consécutive. Guérison spontanée de la fistule pleuro-pulmonaire. Guérison de l'épanchement pleural à l'aide de deux ponctions successives sans reproduction du pneumothorax. — Reproduction ultérieure du liquide ayant nécessité quatre ponctions nouvelles sans retour du pneumothorax. — Amelioration considérable de la tuberculose.

102. — Du pronostic éloigné de la pleurésie. (Pleurésie et Tuberculose.) Thèse de Paris, 1881, par G. Joanny.

Travail inspiré par M. Duguet et auquel il a contribué à l'aide de cinq observations, qu'il a fournies à M. Joanny, pour démontrer les propositions suivantes :

1° Les sujets qui ont eu des pleurésies meurent fréquemment tuberculeux ;

2° Dans certains cas, une pleurésie accidentelle peut être considérée

comme une lésion d'appel de la tuberculose, chez des individus prédisposés qui sont sous le coup d'un état constitutionnel acquis ou héréditaire ;

3° La pleurésie, dans ce cas, le plus souvent, est la première manifestation de la tuberculose ;

4° Certaines pleurésies, qui ne sont probablement pas tuberculeuses, provoquent une détérioration, une dégradation profonde de l'organisme, et rendent les sujets plus aptes à se tuberculiser ;

5° D'après nos observations, ces phthisies reconnaissent rarement l'influence héréditaire ;

6° Ces cas de tuberculose évoluent à un âge relativement avancé, le plus souvent après 30 ans. La plupart sont observés entre 30 et 45 ans ;

7° Ils semblent plus fréquents chez l'homme que chez la femme ;

8° Les signes décisifs de la tuberculose peuvent apparaître immédiatement après la pleurésie ou en être séparés par un intervalle de plusieurs années ;

9° Le côté de la poitrine qui a été le siége de la pleurésie présente ordinairement des lésions tuberculeuses plus avancées que le côté opposé.

103. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMOTHORAX D'ORIGINE TRAUMATIQUE, par M. G. Lesdos. (Thèse de Paris, 1882.)

Travail inspiré par M. Duguet qui a fourni à l'auteur de la Thèse l'observation principale sur laquelle il s'appuie, intitulée : *Perforation de la plèvre et du poumon gauche par une balle. Hémothorax. Pleurésie consécutive. Ponction* (aspiratrice) *guérison ;* et qui conduit à cette conclusion importante que :

« Entre les deux divisions d'hémothorax traumatiques admises par « M. Ch. Nélaton ; hémothorax se résorbant d'eux mêmes et hémothorax « ne se résorbant pas, mais subissant forcément à un moment donné la « transformation purulente, il y a place pour un *troisième genre* d'épan- « chements qui ne se résorbent pas spontanément, qui ne deviennent « pas purulents, et qui, par leur augmentation croissante, nécessitent « l'opération, laquelle doit être la thoracentèse. »

104. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PLEURÉSIE PENDANT LA GROSSESSE, par M. Baratgin. (Thèse de Paris, 1880.)

Inspirée par M. Duguet, qui a fourni à M. Baratgin les trois observations principales sur lesquelles il s'appuie, et qui démontrent que les pleurésies, même à une période avancée de la grossesse, peuvent être traitées avantageusement par la thorcentèse et sans danger, parce que la plèvre se trouve en dehors de la sphère utérine.

105. — REMARQUES SUR UN CAS DE KYSTE HYDATIQUE DU POUMON, présenté par Le Courtois. (Bull. de la Soc. anat., mai 1871.)

106. — ÉTUDE SUR LES PLEURÉSIES HÉMORRHAGIQUES NÉOMEMBRANEUSE, TUBERCULEUSE ET CANCÉREUSE, par R. Moutard-Martin. (Thèse de Paris, 1878.)

M. Duguet a communiqué à l'auteur l'observation remarquable placée dans le groupe des pleurésies hémorrhagiques simples, ayant pour titre : Pleurésie hémorrhagique du côté droit chez un vieillard de 81 ans. Extraction de quatorze litres de liquide sanguinolent par sept ponctions successives. Affaiblissement progressif du cœur. Mort.

107. — ÉTUDE SUR LE LISÉRÉ GINGIVAL, DANS CERTAINES IMPRÉGNATIONS MÉTALLIQUES, par J. Chaillou. (Thèse de Paris, 1878.)

Travail inspiré par M. Duguet qui a fourni à l'auteur plusieurs observations tirées de son service. A l'aide de tous ces faits, M. Chaillou met en évidence la découverte du *liséré bleu argentique*, faite en 1862 par M. Duguet, à la Salpêtrière, après l'administration de 2 gr. environ de nitrate d'argent.

108. — REMARQUES SUR UN CAS DE CANCER ŒSOPHAGIEN AVEC CAVERNE PULMONAIRE, DE NATURE GANGRÉNEUSE. (Présenté par MM. Andral et Duret à la Soc. anat., mars 1873.)

109. — Remarques sur un cas de fausse route œsophagienne chez un enfant de 15 ans, atteint de rétrécissement cicatriciel du conduit œsophagien. (Bull. de la Soc. anat., octobre 1871.)

110. — Gangrène de l'extrémité supérieure de l'œsophage. (Bull. de la Soc. anat., 1864.)

111. — Cancer avec déplacement singulier du pylore — avec planche. (Voir Thèse de Paris, 1878 (obs. VII), de E. Roger, intitulée : *Signes, diagnostic et terminaison du cancer du pylore.)*

112. — Remarques sur un cas d'ulcère simple du duodénum suivi de rétrécissement, présenté par M. Sevestre à la Société anatomique. (Bull. de la Soc. anat., mai 1871.)

113. — Contribution a l'étude de certaines érosions hémorrhagiques de l'estomac, par F. Balzer. — In Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.

Travail contenant une deuxième observation tirée du service de l'auteur « qui avait appelé l'attention de M. Balzer sur l'intérêt que « présentent ces lésions au point de vue anatomo-pathologique. » Hôpital Beaujon, 1875.

114. — Contribution a l'étude de la pérityphlite, par D. Schoensal. (Thèse de Paris, 1875.)

115. — De la typhlite et de la pérityphlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoide. (Thèse de Paris, 1881, par A. Gouronnec.)

116. — ESSAI SUR LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE. — (Thèse de Paris, 1883, par A. DELPEUCH.)

Travail clinique basé sur douze observations dont dix proviennent du service de M. Duguet à l'Hôpital Lariboisière.

117. — SUR UN CAS DE BOTHRIOCÉPHALE OBSERVÉ A PARIS. — (Bullet. de la Soc. méd. des hôpitaux, 23 mars, 1883. — Gaz. des hôpitaux. 31 mars 1883.)

118. — ETUDE DESCRIPTIVE ET DIAGNOSTIQUE DE QUELQUES ÉRUPTIONS DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — (Thèse de Paris, 1881, par A. KÉROMNÈS.)

119. — ETUDE SUR LE VITILIGO, par J. Chabrier. — (Thèse de Paris 1880. (Voir. obs. XIV du service de l'auteur.)

120. — RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE NERVEUSE. — (Thèse de Paris 1882, par H. LELOIR.)

Dans ce travail se trouvent consignées les deux observations de M. Duguet qui suivent :

a Vitiligo de la face paraissant avoir succédé à une névralgie du trijumeau.

b Ichthyose serpentine partielle, présentant un rapport remarquable avec le trajet des nerfs intercostaux ; véritable zona ichthiosique, à bandes superposées, et unilatéral.

121. — DE LA THROMBOSE VEINEUSE DANS CERTAINS CAS DE FIBROMES UTÉRINS ET KYSTES DE L'OVAIRE. (Thèse de Paris, 1879, par G. Legrand.)

Ce travail repose principalement sur les trois Notes indiquées plus haut à l'appareil pulmonaire.

122. — Étude sur l'imperforation de l'hymen. (Thèse de Paris, 1873, par P. L. Guéretin.)

Travail inspiré par M. Duguet à l'occasion d'un fait intéressant qu'il a observé et communiqué à M. Guéretin.

123. — Complications dans le cas de cancer utérin. (Thèse de Paris, 1880, par J. Huc.)

Travail inspiré par M. Duguet et appuyé d'observations tirées de son service.

124. — Du diagnostic de l'ectopie rénale. (Thèse de Paris, 1883, par Buret.)

Travail inspiré par M. Duguet qui a fourni à l'auteur plusieurs observations.

125. — Coïncidence et rapport de la tuberculose pulmonaire et du cancer. (Thèse de Paris, 1878, p. M. A. Gouin.)

M. Duguet a fourni pour ce travail une observation remarquable de : *Cancer avec déplacement singulier du pylore*. Coincidence du cancer avec infiltration tuberculeuse des poumons.

126. — Examen micrographique de lésions observées dans un cas de nécrose phosphorée. (Voir Thèse de Paris, 1869, par Porte.)

127. — De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux. (Thèse de Paris, 1880, par Compagnon.)

M. Duguet a fourni à l'auteur une observation tirée de son service.

128. — Du traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction capillaire aspiratrice. (Thèse de Paris, 1880, par Jouin.)

Travail inspiré par M. Duguet à l'auteur auquel il a fourni six observations inédites permettant de démontrer tous les avantages des ponctions capillaires aspiratrices, complètement évacuatrices d'emblée, quand elles sont praticables, meme dans certains cas de suppuration du Kyste.

129. — De la pleurésie interlobaire aigue. — Sa terminaison par vomique. (Thèse de Paris, 1885, par L. Martinelli.)

Travail inspiré par M. Duguet, reposant sur douze observations dont trois proviennent du service de M. Duguet.

130. — Des pleurésies cloisonnées. (Thèse de Paris, 1884, par Gouttière-Cachera.)

Travail inspiré par M. Duguet et pour lequel il a fourni six observations provenant de son service.

131. — Des altérations musculaires se rattachant a la fièvre typhoide. (Thèse de Paris, par Al. Luquet.)

132. — Les pleurésies pulsatiles (Empyème pulsatile), par J. Comby. (In Arch. gen. de Méd., nov. et déc. 1883.)

Ce travail repose en partie sur une observation complète que lui a fournie M. Duguet.

133. — De la ladrerie chez l'homme. (Thèse de Paris 1880. — Par J. Pellot.)

Ce travail, dont l'idée a été donnée à l'auteur par M. Duguet, s'appuie en partie sur l'observation d'un malade que M, Duguet a présenté

à la Société médicale des Hôpitaux le 13 février 1880, observation remarquable dans laquelle il a été permis de constater sur le vivant l'exactitude du diagnostic porté (ladrerie). Le malade présentait environ 80 cysticerques sous-cutanés reconnaissables, qui, au bout de plusieurs mois, avaient presque entièrement disparu spontanément; ce qui doit engager les médecins à ne pas attaquer chirurgicalement chacune de ces petites tumeurs dans des cas analogues.

134. — Typhlite & appendicite (Thèse de Paris 1891.) par Mariage.

Travail appuyé sur une observation d'appendicite observée et diagnostiquée dans le service de Mr Duguet

---

TABLE

PAGES.

1. — Concours. — Sociétés savantes 3
2. — Enseignement. — Rédactions scientifiques. 5
3. — Tératologie. 7
4. — Système nerveux. 11
5. — Système vasculaire. 14
6. — Système respiratoire. 19
7. — Système digestif. 28
8. — Système cutané. 33
9. — Système génito-urinaire. 39
10. — Système osseux. 41
11. — Varia. 43
12. — Publications faites par divers auteurs, pour développer des idées émises par le Dr Duguet, ou signaler des faits recueillis sous sa direction. 48

Paris-Imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. 1941.12 86 R